

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

No 32

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

BERNARD BERCOVICI

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Né le 28 Mars 1900, à Galatz (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CÉSARIENNE BASSE

Travail du Service de M. le Professeur agrégé V. LE LORIER

Maternité de l'Hôpital Boucicaut

Président de Thèse : M. le Professeur COUVELAIRE

PARIS

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152002_0110

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

BERNARD BERCOVICI

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Né le 28 Mars 1900, à Galatz (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CÉSARIENNE BASSE

Travail du Service de M. le Professeur agrégé V. LE LORIER

Maternité de l'Hôpital Boucicaut

Président de Thèse : M. le Professeur COUVELAIRE

PARIS

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. ROGER

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	Vaquez.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CHABROL.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRÉ.
Anatomie pathologique	I. de JONG.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ÉCALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENOIS.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie chirurgicale	QUÈNU.
Physiologie	RICHT Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie médicale	GOUGEROT.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTERER.
Pathologie médicale	TANON.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL LAVASTINE.
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale infantile	LEREBOULLET.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique médicale	VILLARET.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale
de la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a fait l'honneur d'ac-
cepter la présidence de cette
thèse.
Hommages respectueux.*

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

*Dont l'affection et l'esprit de
sacrifice ont fait de nous ce
que nous sommes.*

*Notre seule ambition fut et reste
celle de nous montrer digne
d'eux.*

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS : PARENTS ET AMIS

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ V. LE LORIER

Accoucheur de l'Hôpital Boucicaut

*A qui nous devons l'inspiration
de ce travail, en témoignage
de notre sincère reconnais-
sance et de notre respectueuse
affection.*

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ETIENNE SORREL

Chirurgien en Chef de l'Hôpital Maritime de Berck-Plage
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

*Qui nous a réservé le plus large accueil, nous
agréant aux fonctions d'interne dans son
hôpital.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de
notre respectueuse reconnaissance.*

*Nous l'en remercions très vivement et garde-
rons le meilleur souvenir du temps passé
près de lui.*

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR R.-J. WEISSENBAACH

Médecin des Hôpitaux

Médecin en Chef de la Consultation de l'Hôpital Beaujon

*Qui, avec une amabilité sans bornes, nous a
tant de fois charmés par son enseignement
journalier et nous a fait profiter de son expé-
rience.*

*Avec ses sages conseils éclairés et pratiques,
nous montra le visage agréable de la méde-
cine.*

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. SERGENT

Professeur de Clinique Médicale
Médecin de l'Hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de Médecine

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEJARS

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LENORMANT

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEREBoullet

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUFOUR

Médecin de l'Hôpital Broussais

A MONSIEUR LE DOCTEUR LœDRICH

Médecin de l'Hôpital de la Charité

A MONSIEUR LE DOCTEUR CONTE

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

A MONSIEUR LE DOCTEUR PISSAVY

Médecin de l'Hôpital Cochin

*Dont les enseignements éclairés
demeureront dans notre sou-
venir.*

Introduction

L'incursion dans l'histoire des différentes méthodes suivies en obstétrique jusqu'à nos jours, nous a permis de voir les oscillations des idées dans les différentes époques, chaque méthode ayant pour but de sauvegarder les intérêts de la mère et de l'enfant, car ils sont identiques.

Chaque intervention a eu sa période d'enthousiasme d'une durée relative. Autrefois, on faisait systématiquement l'accouchement prématuré provoqué : la basiotripsie sur l'enfant vivant pour sauver du moins la mère ; combien de fois la symphyséotomie s'est disputée la place d'honneur avec la césarienne ?

Sans doute la science et l'expérience de nos Maîtres nous éclairent la voie, mais plus nous savons, plus nous tâtonnons ; on fait deux pas en avant, un en arrière, on reprend les vieilles méthodes ou les vieilles techniques en les polissant par ci, par là ; il n'existe pas une opération type qui puisse s'adapter à tous les cas ; la pierre philosophale n'est pas encore trouvée, on fait ce que l'on peut, on reste opportuniste.

Nous pouvons cependant affirmer que les méthodes obstétricales sont de beaucoup inférieures aux méthodes chirurgicales et que les progrès de la chirurgie apportés à l'obstétri-

que, font que l'accoucheur doit être un chirurgien averti qui puisse intervenir au moment opportun, avant que les intérêts de la mère et de l'enfant soient compromis.

L'opération césarienne transpéritonéale suprasymphysaire a mis longtemps avant d'être adoptée en France où malgré les appels pressants de Schickelé (de Strasbourg) et Brindeau, à Paris, elle restait dédaignée.

Depuis lors, une ère nouvelle commence pour l'obstétrique :

La lutte entre la césarienne classique et la césarienne basse, s'engage dans la plupart des pays et en 1921, à Bruxelles, au *Congrès des obstétriciens et gynécologues de langue française*, Beuttner (de Genève) disait à propos de la césarienne suprasymphysaire :

« Si d'ici quelques années, les publications françaises montrent que les accoucheurs français se sont engagés dans la voie que je viens d'avoir l'honneur de leur proposer, alors nous pourrons dire que notre congrès aura porté ses fruits ».

La plupart des accoucheurs français sont restés fidèles à la césarienne haute classique, jusque dans les derniers temps, et, au 4^e *Congrès d'Obstétrique et Gynécologie de Paris*, en 1925, les discussions furent très animées entre les pelvito-mistes et partisans de la césarienne basse.

Depuis, l'opération césarienne transpéritonéale suprasymphysaire a été pratiquée par un nombre sans cesse croissant d'accoucheurs de Paris et de Province et sa vulgarisation s'étend chaque jour davantage.

Cependant, il nous était impossible, sans preuve à l'appui, de nous rendre compte de la supériorité que présentait, d'après ses promoteurs, l'opération césarienne basse et d'ailleurs toute théorie, aussi bien établie qu'elle paraisse au point de vue rationnel, ne saurait prévaloir devant les faits qui *peuvent seuls*, en définitif, par les résultats qu'ils fournissent, juger les avantages et les inconvénients d'une technique opératoire ou d'une méthode thérapeutique.

Pour asseoir notre jugement sur une base solide nous nous appuierons, d'une part sur l'analyse des observations recueillies dans les littératures : américaine, allemande, autrichienne, belge, italienne et française et, en outre, quelques-unes inédites dues à l'obligeance de notre Maître, le Docteur Le Lorier, que nous publions à la suite ; d'autre part, sur la comparaison des statistiques des opérateurs qui visent le même but qu'elle ; nous ne doutons pas que ces calculs seront non seulement rassurants, mais aussi démonstratifs.

Nous devons beaucoup à Monsieur le Docteur Le Lorier, professeur-agrégé, accoucheur de l'Hôpital Boucicaut, qui, le premier, nous a enseigné l'art des accouchements et nous a inspiré ce travail, aidé de ses bienveillants conseils et de son expérience de la question ; il nous a montré plusieurs fois cette opération dans son service de la maternité.

Qu'il nous soit permis, ici, de lui exprimer toute notre reconnaissance ; c'est la seule preuve que nous puissions lui donner aujourd'hui de notre attachement dévoué.

Historique

Les premières observations de césarienne suprasymphysaire, en tant qu'opération clinique et bien réglée, ne datent guère que de 1906, époque où Franck (de Cologne) publiait sept cas de femmes opérées d'après une nouvelle méthode qu'il décrivait avec détails.

Mais cette conception d'une section césarienne qui respectait à la fois le corps de l'utérus, — c'est-à-dire le segment de l'organe dont l'intégrité anatomique et physiologique importe le plus en vue des accouchements ultérieurs — et le péritoine, — c'est-à-dire la grande porte d'entrée des infections — cette conception d'une césarienne qui, théoriquement et à *priori* apparaît comme idéale, avait, depuis longtemps déjà, tenté divers esprits.

En 1806, Jorg, émet l'idée que l'on pourrait inciser, non pas le corps de l'utérus, mais le col et le vagin, proposition purement théorique, reprise en 1820 par Ritgen qui décrivit la « Scheidenbaüschnit », incision parallèle à l'arcade de Fallope, décollement du péritoine, du col et du vagin.

L. A. Baudelocque (neveu) dès 1823, décrivit dans deux mémoires, un « nouveau procédé pour délivrer les femmes

contrefaites à terme et en travail, substitué à l'opération césarienne » et qu'il appelle gastro-élytrotomie.

Sa tentative ne fut pas heureuse; néanmoins il n'en abandonna pas l'idée, car en 1844, il publia un nouveau travail sur « l'opération césarienne, élytrotomie ou section du vagin, précédée ou non de la ligature ou de la compression de l'artère iliaque interne ».

En 1825, Physick (de Philadelphie) propose d'inciser au-dessus de la symphyse, de décoller le péritoine, la vessie étant à demi distendue et d'inciser transversalement le segment inférieur ainsi dénudé.

C'est là, presque exactement la technique qui sera suivie, après Franck, par divers auteurs et dont nous reparlerons. Il est regrettable que ni Physick ni ses contemporains n'en aient tenté l'exécution.

En 1840, Charles Bell, tente plusieurs fois, mais sans succès, le *scheidenbaüschnit* de Ritgen.

Après trente années d'oubli ou de découragement, cette opération fut reprise, en 1880, par T.-G. Thomas.

Depuis, et jusqu'en 1877, la gastro-élytrotomie fut pratiquée treize fois, notamment par Skene.

Les résultats furent peu favorables : sept cas suivis de mort, six blessures de la vessie, aussi la méthode fut à peu près complètement abandonnée d'autant plus que les travaux de Sanger et de Kehrer, sur la césarienne classique, parus, en 1882, attirèrent sur cette dernière opération l'attention et la faveur de la plupart des opérateurs.

C'est en 1904 que Franck (de Cologne) communique ses sept premières observations de « suprasymphysaire kaisersch-nit » et à dater de cette époque l'histoire de la césarienne suprasymphysaire entre dans une phase nouvelle.

Les mémoires vont se succéder sans interruption, les procédés vont se multiplier et il semble bien qu'à l'heure actuelle les accoucheurs n'ont pas dit leur dernier mot.

EVOLUTION DE LA CÉSARIENNE TRANSPÉRITONÉALE

Nous essaierons de faire un exposé aussi clair que possible de l'évolution de la césarienne suprasymphysaire dans ces dernières années, et chemin faisant, pour suivre pas à pas cette évolution des idées sur la question, nous nous efforcerons de donner, pour chaque auteur, les raisons des modifications qu'il apporte à la technique.

Franck, jugeait que le grand danger de l'opération césarienne était l'infection du péritoine par le contenu utérin. Aussi par sa nouvelle méthode cherche-t-il à éviter cette infection du péritoine par la plaie utérine, et de la sorte, espère-t-il pouvoir étendre les indications de la césarienne aux cas où le travail est avancé et l'asepsie douteuse.

Après avoir ouvert la cavité abdominale au-dessus de la symphyse, il ouvre délibérément après l'avoir décollé à sa partie inférieure, le repli péritonéal vésico-utérin.

Mais grâce à des sutures des deux feuillets péritonéaux,

il reste constamment en dehors de la grande cavité séreuse ; quand il incise le segment inférieur de l'utérus, il fait donc une incision extra-péritonéale par une sorte d'artifice.

Pourquoi recourir à cet artifice ? Franck en donne lui-même la raison ; il reconnaît qu'on pourrait opérer sans ouvrir le péritoine, en le décollant simplement de la vessie ; mais il ajoute aussitôt que ce décollement présente des difficultés réelles qui pourrait donner lieu à des déchirements du péritoine, voire de la vessie et à des hémorragies sérieuses.

Le procédé de Franck est donc transpéritonéal.

Baumm opéra de la même façon, mais supprime les sutures provisoires des deux feuillets, se contentant de fixer à l'aide de pinces, les deux bords du feuillet viscéral autour de la plaie abdominale.

Cependant, le procédé transpéritonéal, qui ne devenait extrapéritonéal que par un artifice opératoire ne satisfaisait pas tous les esprits.

Sellheim, en 1908, opérait sans aucune ouverture du péritoine.

C'était l'opération extrapéritonéale pure, et nombre d'accoucheurs, parmi lesquels Küstner, Czyewicz, Kroemer, Hofmeier, Bauum, Freund, s'y essayèrent.

Malheureusement, les cas publiés montrent vite les difficultés de la technique nouvelle.

Le décollement du péritoine n'était pas aussi facile que Sellheim l'avait annoncé ; maintes fois, la séreuse était déchirée, la vessie elle-même perforée, des hémorragies inondè-

rent le champ opératoire. Sellheim lui-même y renonce, il revient à la méthode transpéritonéale : il incise le péritoine transversalement, au-dessus du bord supérieur de la vessie et suture le feuillet pariétal au péritoine utérin. Puis, par une incision transversale profonde de repli vésico-utérin, il pénètre dans les tissus sous-séreux précervicaux.

En 1909, Latzko, traduit la pensée de beaucoup d'accoucheurs en déclarant qu'il était de toute nécessité d'abandonner la voie transpéritonéale, méthode batarde qui n'avait pas sa raison d'être.

Dans les cas purs aseptiques, la césarienne classique donne d'excellents résultats. La césarienne suprasymphysaire qui a la prétention d'être extra-péritonéale, ne trouve donc son indication que dans les cas douteux, les cas d'infection légère, lorsque la poche des eaux est rompue depuis un certain temps et que des examens multiples ont été faits, sans contrôle, en dehors de la maternité.

Nous voilà donc revenus à la première conception de Sellheim : comment cette fois, la rendre pratique en supprimant les difficultés de la technique notamment les déchirures du péritoine et les blessures de la vessie au cours des tentatives de décollement de la séreuse ?

Latzko eut l'idée de tenter ce décollement, non plus, de bas en haut, mais latéralement, en déplaçant la vessie, préalablement distendue avec 150 centimètres cubes de liquide, sans la détacher de son enveloppe séreuse.

Presque en même temps, Döderlein avait décrit un pro-

cédé à peu près identique et cette technique dite de Latzko-Döderlein fut suivie par Schavta, Fuchs, Schneider, Rosenfeld.

Il semble bien, d'après les observations publiées depuis, que parmi les procédés extra-péritonéaux la technique de Latzko-Döderlein ait mérité le nom de « méthode de choix » que divers auteurs lui ont appliqué.

Malheureusement, bien qu'entièrement extra-péritonéale, cette nouvelle méthode échoue totalement quand elle s'attaque aux cas infectés.

Gottschalk, entre autres, décrivait, en 1910, un « procédé de césarienne pour cas infectés » et en 1911, Polano (de Würzburg), publiait quatre cas suivis de succès, opérés suivant une méthode nouvelle qu'il intitule « section césarienne cervicale postérieure » dont l'originalité réside dans l'incision du segment inférieur sur la face postérieure et dont l'avantage essentiel réside dans la possibilité de drainer par les culs-de-sac de Douglas, c'est-à-dire dans un point déclive du bassin.

En 1915, Kuestner exposait son procédé qui consistait en une césarienne extra-péritonéale vraie et présentait 112 observations.

Plus tard, en juin 1922, le même auteur rapporte 200 observations avec deux terminaisons fatales.

En août 1918, Markoe et Mc Pherson publièrent leur article intitulé : « Césarienne extra-péritonéale dans certains cas infectés, avec le post-traitement de Carrel ». Les auteurs

conseillent l'opération extra-péritonéale dans les cas infectés et décrivent leur méthode qui ne diffère pas de celle de Kuestner. Leurs résultats furent excellents.

Ces différentes méthodes comportaient de vraies sections extra-péritonéales et offraient probablement le moyen le plus sûr de protéger la cavité péritonéale. Elles présentaient des inconvénients :

1° La vessie et l'un ou l'autre des uretères étaient assez fréquemment lésés ; il en résultait une fistule urétérale.

2° Le péritoine était quelquefois ouvert durant son décollement, faisant perdre ainsi l'avantage de la méthode extra-péritonéale.

3° Le drainage était essentiel et pouvait entraîner à la suppuration et à un post-partum très prolongé.

4° L'hémorragie était plus accentuée, puisque l'incision du segment inférieur devait se pratiquer sur la portion latérale du segment, à proximité de vaisseaux importants, plutôt que sur la ligne médiane et les difficultés techniques devenaient plus grandes. Enfin l'opération ne pouvait se répéter à cause des adhérences.

Kroenig comprit tout différemment la question quand il dit que l'amélioration des résultats n'était pas due à ce qu'on approchait l'utérus par une technique extra-péritonéale, mais bien parce que l'incision se pratiquait dans le segment inférieur, mince, non contractile, plutôt que dans le corps épais et contractile de l'utérus.

Son opération consiste à ouvrir la cavité abdominale par

une incision sus-pubienne; séparant la vessie de l'utérus, il pratique une incision longitudinale du segment inférieur.

Après l'extraction de l'enfant et de l'arrière-faix, il fait sa suture utérine et la recouvre complètement en suturant la lèvre supérieure du péritoine vésical, à un niveau plus élevé que l'angle supérieur de l'incision du segment inférieur.

En juin 1920, Barton Cooke Hirst décrivait sa technique dans son *Atlas of Gynecology*, bien qu'il eût déjà attiré l'attention de ses confrères sur cette opération, il rapportait trente observations « de femmes presque sûrement infectées » sans aucun décès. Son opération est parfois mentionnée sous le nom de Veit-Fromme-Hirst, quoique en Amérique elle soit connue sous le nom de méthode de Hirst.

De Lee, en juin 1919, présente à la LXX Réunion annuelle de l'Association médicale américaine, à Atlantic-City (section de chirurgie obstétricale, de gynécologie et de chirurgie abdominale) son mémoire, publié ensuite dans le *Journal of the American Medical Association*. Dans cette série de quarante cas rapportés par de Lee et ses assistants, il n'y a eu aucune mortalité. Cet auteur insiste, sur la convalescence facile et l'absence de choc péritonéal et de l'iléus.

« Le choc post-opératoire est beaucoup moindre, dit-il, et on a l'impression que la femme n'a subi qu'une opération minime, à l'encontre de l'ancienne césarienne ».

Sa technique consiste en une modification de l'opération de Kroenig.

Cornell, en septembre 1920, confirme les observations

de de Lee dans son article « La césarienne cervicale basse ou la césarienne de Kroenig » publié dans « Illinois Medical Journal ».

En septembre 1921, Beck décrivait la « Césarienne à incision basse à deux lambeaux » en rapportant vingt-neuf cas sans mortalité. Pour lui, l'opération est sans danger.

A la même époque (1921), E. Vogt (de Berlin) publia « l'évolution et le développement de la section supra-symphysaire », travail basé sur 183 opérations pratiquées à la Clinique Teubingen, de 1908 à 1919. L'auteur intercède fortement en faveur de la césarienne cervicale et estime qu'elle doit supplanter l'opération classique.

Il croit en plus que la césarienne intra-péritonéale basse est supérieure à la méthode extra-péritonéale, parce qu'elle est techniquement plus simple, n'impliquant pas des lésions des régions adjacentes, et est plus rapide et moins dangereuse pour l'enfant quand il y a indication de se hâter.

Polak et Beck, en mai 1922, décrivent la césarienne cervicale Kroenig modifiée, dans leur article « les conditions présentes de l'obstétrique en rapport avec l'abus de l'opération césarienne ».

Peu de temps après, en juin 1922, Phaneuf et Hegarty, en décrivant leur méthode pour pratiquer la césarienne trans-péritonéale basse d'après les procédés préconisés par Hirst et Kroenig, rapportent leur statistique sur quarante opérés.

Dans cette série, vingt-sept opérations avaient été pratiquées par Phaneuf et treize par Hegarty. Dans ces qua-

rante cas mentionnés, trente-trois furent conduits selon la méthode de Hirst et sept selon la technique de Kroenig.

Munro Kerr, dans le *Journal of obstetrics and gynecology of British Empire*, 1922, XXVII, 475, compare l'opération classique à la transpéritonéale basse et déclare que la dernière surmonte un grand nombre de difficultés de la première.

Il appuie sur le fait que la tendance à la rupture subséquente est moindre si l'incision se place dans le segment inférieur, partie non contractile de l'utérus.

En juillet 1922, de Lee et Cornell dans leur mémoire « Césarienne cervical (laparachélotomie) » rapportent 145 observations avec un seul décès, celui-ci chez une femme très obèse, faisant de la toxémie, ayant un bassin rétréci et étant en travail depuis quelques jours

Les auteurs déclarent qu'il s'agissait d'un cas désespérément négligé et que la femme eut succombé quel que fut la méthode suivie.

De Lee, dans la *Practical medicine series*, pour 1922, rapporte onze cas nouveaux, ce qui fait un total de cent cinquante-six interventions avec un décès.

Dans la *Revue française de gynécologie et d'ostétrie*, Paris, VIII, N° 2, p. 33, 25 janvier 1923, P. Gaifami, parlant de la césarienne trans-péritonéale, exalte les avantages de la section sur le segment inférieur.

En résumé, on peut dans ses grandes lignes diviser l'histoire de la césarienne suprasymphysaire en plusieurs phases :

1^{re} Création par Frank de la césarienne supra-symphysaire trans-péritonéale.

2^{re} Reprise par Sellheim de la césarienne extra-péritonéale.

3^{re} Découragement devant les difficultés de la voie extra-péritonéale.

4^{re} Renaissance de la méthode extra-péritonéale grâce aux perfectionnements de Latzko.

5^{re} Période d'état pour ainsi dire. Les accoucheurs opèrent suivant leurs convenances personnelles, suivant les indications ou les dispositions anatomiques, tantôt par voie trans-péritonéale tantôt par voie extra-péritonéale.

Elle peut se rapporter à quatre opérations différentes, ou mieux encore à quatre modifications de la même opération préconisées par quatre chirurgiens différents : Kroenig, Hirst, de Lee et Beck.

En outre, des procédés nouveaux surgissent, procédés d'exception pour les cas infectés, et la liste, assurément, n'est pas près d'être close.

Technique opératoire

Procédé de HIRST

1° *Ouverture de l'abdomen.*

L'abdomen est préparé aseptiquement, cathétérisme vésical, narcose à l'éther, position de Trendelenbourg. L'opérateur se tient à gauche, comme dans la majorité des opérations pelviennes. Une incision médiane longitudinale, d'environ 12 cm de longueur, est pratiquée, depuis la symphyse pubienne vers l'ombilic.

2° *Incision du péritoine.*

Le péritoine pariétal est incisé longitudinalement, montrant ainsi la vessie et le segment inférieur de l'utérus (les anses intestinales ne se voient presque jamais). Le péritoine vésical est ensuite incisé là où il s'infléchit sur les organes sous-jacents (vessie et utérus); l'index de la main droite est introduit dans la brèche, et la vessie est séparée délicatement de l'utérus, le doigt est dirigé vers le haut et le péritoine est séparé de l'utérus sur un de ses côtés. Le procédé est répété sur le côté opposé. On incise alors longitudinalement le péritoine sur la ligne médiane et les lèvres des deux séreuses pariétales et viscérales sont réunies par des points séparés

de catgut. On retient ensuite la vessie, sous la symphyse par une valve et on incise le segment inférieur longitudinalement sur la ligne médiane.

Une incision suffisamment grande pour l'extraction d'un enfant de poids normal est possible sans empiéter sur le corps utérin.

3° *Ouverture de l'utérus.*

La vessie est retenue sous la symphyse au moyen d'une valve et une incision longitudinale est faite dans le segment inférieur de bas en haut; elle est commencée au bistouri et continuée aux ciseaux (une incision suffisamment grande pour l'extraction d'un enfant de poids ordinaire peut se pratiquer dans le segment inférieur sans empiéter sur le corps utérin.

4° *Accouchement et délivrance.*

L'enfant est extrait à l'aide de pressions exercées sur le fond de l'utérus; on facilite la sortie de la tête à l'aide des doigts insinués entre la tête et l'angle inférieur de la plaie.

On peut aussi appliquer le forceps si l'extraction de la tête se fait difficilement, comme on peut avoir recours à la version dans certains cas.

L'incision du segment inférieur, très aminci, doit se pratiquer avec grand soin pour ne pas blesser la tête de l'enfant. Le placenta et les membranes sont ensuite extraits. Une longue mèche de gaze est insérée en tampon dans la cavité uté-

rine. On injecte un centimètre cube d'extrait pituitaire dans le muscle utérin et un centimètre cube d'ergotine dans la cuisse.

5° *Suture de l'utérus.*

L'incision est refermée à l'aide de points séparés de catgut n° 2 et le tampon est enlevé avant de les nouer. L'utérus est généralement bien contracté. Après la toilette du cul-de-sac artificiel les plans péritonéaux sont à nouveau réunis par un surjet au catgut n° 0. Comme on le voit, les lèvres des lames séreuses sont réunies en premier lieu par des points séparés, puis par un surjet, après terminaison de la suture utérine.

Les lames de péritoine adhèrent au bout de quelques heures. L'infection utérine apparaît au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, comme le montrent l'élévation thermique et l'accélération du pouls dans les cas infectés.

Si les lochies infectées suintent à travers l'incision utérine, le drainage s'établit facilement, soit par le col, soit par l'angle inférieur de la plaie abdominale, sans venir en contact avec la cavité péritonéale.

Procédé de KRCENIG

1° La préparation, la position et l'ouverture de l'abdomen se pratiquent de la même manière que dans le procédé de Hirst.

2° Le péritoine viscéral est incisé transversalement au

niveau de son insertion sur les organes sous-jacents (vessie et utérus). La vessie est séparée du segment inférieur et est maintenue sous la symphyse à l'aide d'une valve.

3° L'incision longitudinale du segment inférieur se pratique dans la limite de l'espace mis à nu par décollement de la vessie.

4° L'enfant est extrait comme dans le procédé de Hirst, et le placenta et les membranes sont extraits comme à l'habitude.

5° La suture de l'incision utérine se pratique à l'aide de points séparés de catgut chromé n° 2.

6° Un surjet au catgut rattache la lame péritonéale séparée avec la vessie, à la surface antérieure de l'utérus, de telle manière que l'incision utérine est complètement recouverte par la vessie et le péritoine.

7° L'abdomen est refermé comme à l'ordinaire.

Procédé de BECK

Celui-ci diffère de la méthode de Kroenig en ce sens qu'une lame supérieure du péritoine viscéral est décollée après la séparation de la vessie. La suture utérine terminée, la lame supérieure est rabattue et attachée à l'utérus par quelques points de catgut séparés, recouvrant ainsi la partie supérieure de l'incision; la lame séreuse inférieure tenant la vessie est alors suturée à l'aide d'un surjet de catgut de façon à recouvrir la lame péritonéale supérieure.

Ce procédé a l'avantage d'offrir à l'infection une barrière plus forte que ne le fait le procédé de Kroenig original. En pratiquant la méthode de Beck, on décolle le péritoine viscéral exactement de la même manière que dans l'opération de Hirst; on incise : on incise transversalement au lieu de longitudinalement, obtenant ainsi une lame supérieure et une lame inférieure au lieu de deux lames latérales.

En cas d'infection, le drainage s'établit par le col ou le foyer peut être atteint par une colpotomie antérieure.

La deuxième contribution de de Lee à l'opération consiste à recouvrir le premier plan de sutures utérines par un second plan de sutures superficielles faites à l'aide d'un surjet au catgut.

Protection contre la péritonite

Les opinions sont partagées sur cette question; d'abord nombre d'accoucheurs croient qu'afin de protéger la cavité péritonéale, dans un cas présumé infecté, la route extra-péritonéale doit être strictement suivie; tandis que d'autres pensent que chez une femme qu'on suppose infectée, la route trans-péritonéale offre une protection aussi sûre.

Pour citer Hirst sur l'opération trans-péritonéale : « Cette méthode est comparativement simple; et les résultats ont prouvé, dans la pratique, qu'elle est digne de confiance, prévenant l'infection de la cavité péritonéale, spécialement pendant la convalescence puerpérale, qui est le danger capi-

tal de l'opération césarienne chez des femmes supposées infectées. L'infection de l'endomètre dans tels cas se répand directement à travers la plaie utérine, jusqu'à la surface péritonéale et cause rapidement une péritonite septique générale ».

Newel estime que lorsqu'une femme est franchement infectée, aucune opération qui conserve l'utérus n'oppose de probabilité sérieuse de prévenir la péritonite, puisque même dans la technique extra-péritonéale, les microbes infectants peuvent se frayer un chemin à travers le péritoine intact. Pour cette raison, il conseille l'ablation de l'utérus dans ces cas.

Beaucoup d'accoucheurs ont le sentiment que le danger de l'infection ne résulte pas tant de la souillure de la cavité abdominale pendant l'opération, que le passage des lochies et des microbes à travers l'incision utérine durant les suites de couches.

Phaneuf recourt au procédé de Hirst aux cas impurs et aux méthodes de Kroenig, de Beck dans les cas purs.

Dans le service de la maternité de l'Hôpital Boucicaut, la technique est la suivante : elle a peu varié.

Dès le début, lors de l'incision du segment inférieur, le champ opératoire, peut être submergé par du liquide amniotique ou du sang ou un mélange des deux, d'où la règle de pratiquer tout de suite dans l'utérus une boutonnière à la limite supérieure du segment inférieur et d'en repérer immédiatement les bords avec deux fils de catgut ou deux pinces à dents de souris : on a ainsi deux repères sûrs et précieux qui permettent de poursuivre l'incision par en bas.

Pour ne pas avoir d'inertie utérine, on fait systématiquement une injection d'un centigramme d'ergotine immédiatement avant le début de l'anesthésie.

On suture l'utérus le plus souvent en un seul plan de points séparés au catgut, quand c'est possible par suite d'une épaisseur plus grande de la paroi, on fait deux plans de sutures.

Lorsque la présentation est restée élevée, le segment inférieur est souvent étriqué et il arrive que l'incision s'étende au moment du passage de la tête vers le corps utérin, jamais assez haut pour que la suture utérine ne puisse pas être recouverte par le lambeau péritonéal décollé.

L'extraction du fœtus a toujours été possible à la main par énucléation ou expression; on n'a jamais appliqué de forceps qui reste toujours à la portée de l'opérateur.

La délivrance ne diffère en rien de ce qu'elle est dans l'hystérotomie haute.

Difficultés opératoires

La facilité de la césarienne basse dépend avant tout du développement du segment inférieur et de la mobilité du péritoine.

Lorsque le segment inférieur a été bien distendu par la tête fœtale et que le péritoine se décolle facilement sur une large étendue, l'opération est facile à exécuter.

Lorsque la présentation reste élevée, ce qui est le cas

habituel, et que le segment inférieur est étroit, le champ opératoire est peu étendu, la zone décollable du péritoine réduite.

L'incision utérine, directe ou agrandie par déchirure au passage de la tête, n'est plus totalement segmentaire, mais empiète sur le corps utérin et sur la zone du péritoine. Cette complication est sans importance.

Le plus souvent, le feuillet péritonéal, alors unique et ne comprenant que le feuillet inférieur péritonéal-vésical par suite de l'exiguité de la surface décollable, suffit cependant à recouvrir la suture utérine sur toute son étendue. Si on ne peut remonter assez haut pour cela, l'accollement péritonéal est réalisé à la partie supérieure de l'incision par deux ou trois points myo-séreux comme dans la suture utérine dans la césarienne classique portant sur le corps utérin.

Mais dès le début de l'opération césarienne basse, on rencontre une difficulté opératoire : dès qu'on commence à inciser le segment inférieur, le champ opératoire est *envahi par le sang et le liquide amniotique* qui s'accumulent dans la large et profonde cuvette comprise entre le pubis et les bords de l'incision abdominale soulevés par les compresses insinués entre eux et l'utérus, de telle sorte que l'on ne voit pas où l'on incise.

Pour obvier à cet inconvénient fort gênant et qui retarde la marche de l'opération, on a la coutume de faire au bistouri une incision aussi courte que possible et on repère les bords avec des pinces en cœur comme nous l'avons dit plus haut.

On peut aussi soulever la paroi utérine dont on poursuit la section en évitant de la terminer à l'aveuglette.

Lorsqu'on opère après la rupture de la poche des eaux, une autre difficulté provient de ce que la paroi utérine est accolée sur la tête de l'enfant qu'on risque de blesser avec le bistouri au début de l'incision du segment inférieur. Les pinces de Kocher ou de Museux avec lesquelles on est tenté d'attirer la paroi utérine déchire le muscle, mais on y parvient commodément en le saisissant de chaque côté avec des pinces dites à dents de souris. On fait alors une petite incision dont on saisit les bords avec deux pinces et dans l'ouverture de laquelle il est facile de glisser sur le doigt une lame de ciseau et d'achever la section de l'utérus sans risquer d'entamer la peau du crâne de l'enfant.

Le sang provient d'une part du segment inférieur et de l'autre de la zone placentaire après la délivrance.

Le saignement du segment inférieur provient à la fois de la section des sinus volumineux sous-péritonéaux et intramusculaires au cours de l'incision de l'utérus et de l'atonie spéciale de cette portion de l'organe. De même que dans l'hystérotomie corporéale il ne faut perdre son temps : éponger et pincer les vaisseaux de la tranche utérine à part quelques branches sous-péritonéales traversant le champ opératoire, qu'on a intérêt à lier pour éviter un hématome sous-péritonéal post-opératoire. L'hémorragie s'arrête d'elle-même après l'extraction de l'enfant et la suture utérine qui est encore le meilleur moyen de l'hémostase.

Plus importante et plus tenace est l'hémorragie provenant de la zone d'insertion placentaire après décollement et dont on ne vient souvent à bout que par l'expression utérine aidée au besoin par une injection d'ergotine.

L'extraction de l'enfant ne présente pas de difficultés réelles. Dans le cas où la tête est logée dans une fosse iliaque, l'amener en face de l'ouverture. En cas de présentation transversale, saisir un pied, la tête franchit la dernière la boutonnière utérine sans difficulté.

On peut donc employer la césarienne basse, quelle que soit la position et la présentation de l'enfant.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE LA CÉSARIENNE BASSE

Comparée à l'hystérotomie haute, classique du corps utérin, la césarienne basse présente certains inconvénients, mais aussi des avantages appréciables que nous allons passer en revue.

INCONVÉNIENTS DE LA CÉSARIENNE BASSE

Elle est un peu plus difficile à exécuter que l'hystérotomie haute et nécessite certainement plus de sang froid et l'habitude opératoire; elle présente aussi certaines difficultés inhérentes à l'opération :

1° Envahissement du champ opératoire par le sang et par le liquide amniotique;

2° Extraction de l'enfant moins aisée, ainsi que de la délivrance ;

3° Anomalies vésicales.

Aucune de ces difficultés n'est insurmontable pour un opérateur quelque peu au courant de la chirurgie utérine et de l'obstétrique et si elles peuvent surprendre et embarraser au début, elles ne sauraient résister à l'expérience des premiers cas.

4° Après la délivrance, l'écoulement sanguin provenant du segment inférieur et de la zone d'insertion placentaire est plus abondante que dans la césarienne haute et dans ce dernier cas, il peut donner lieu à une hémorragie considérable.

Le segment inférieur moins musclé ne subit pas après l'extraction de l'enfant la rétraction du corps utérin et reste flasque.

Mais l'hémorragie est rarement redoutable et elle s'arrête par la suture de l'utérus et exceptionnellement par la ligature des vaisseaux les plus volumineux sectionnés au cours de l'intervention. Beaucoup plus sérieuse est l'hémorragie provenant de la surface d'insertion placentaire. L'hémostase est plus difficile à réaliser que dans la césarienne haute parce que le massage utérin est moins efficace, les pédicules utérins moins accessibles et moins faciles à comprimer que sur l'utérus extériorisé.

Mais on peut toujours empaumer le fond de l'utérus et pratiquer l'expression et au besoin, en cas d'hémorragie réel-

lement menaçante, extérioriser l'utérus pour en comprimer le segment inférieur et les pédicules.

5° Un suintement sanguin au niveau du segment inférieur après l'opération peut amener la formation d'un hématome sous-péritonéal qui peut lui-même devenir l'origine de complications septiques.

Pour éviter cette éventualité, il faut veiller avec soin à l'hémostase, au cours de l'opération pinçant, liant tout ce qui saigne d'important à la surface de l'utérus après la suture des tranches de section du segment inférieur avant de faire la péritonisation, en fait, la suture est la plupart du temps suffisante et étanche.

6° L'exploration utérine et péri-utérine est plus difficile dans la césarienne basse, où l'utérus est examiné *in situ*, que dans la césarienne haute où l'utérus est extériorisé.

On peut donc laisser passer sans la voir et ne pas enlever une tumeur juxta-utérine et surtout rétro-utérine, dont on ne soupçonne pas l'existence telle que le fibrome de la face postérieure de l'utérus, kyste de l'ovaire.

Mais il est toujours possible, si on le juge utile, de basculer en avant l'utérus et de passer en revue, des yeux et de la main, les organes génitaux internes et le petit bassin.

AVANTAGES DE LA CÉSARIENNE BASSE

Toutes ces difficultés sont faciles à surmonter et elles apparaîtront bien négligeables si on établit parallèlement les avantages importants que nous offre la césarienne basse au

point de vue de la suture de l'utérus et de la paroi abdominale, de la protection du péritoine et de la bénignité des suites opératoires.

1° Dans la césarienne basse, l'incision de la paroi abdominale est courte et limitée à la région sous-ombilicale. Elle porte sur une portion de la paroi où les muscles grands, droits sont épais et rapprochés, les aponévroses résistantes, d'où de bien meilleures conditions pour obtenir une cicatrice solide, mettant à l'abri de l'éventration.

2° La suture de l'utérus sur le segment inférieur offre également de gros avantages sur la suture du corps. La suture du segment inférieur a l'avantage de porter sur une portion qui n'est pas soumise aux contractions qui tirent sur les fils, ou tendance à provoquer l'entre-bâillement de la suture. L'élargissement des points de suture.

3° Dans l'hystérotomie haute, la péritonisation n'est réali°sée que par l'accollement des feuillets péritonéaux des tranches de section par le surjet séro-musculaire terminal; elle est donc précaire. Tandis que dans la césarienne basse, la suture du segment inférieur est recouverte d'un double feuillet péritonéal qui lui constitue une protection efficace. Elle offre donc des garanties de solidité et surtout d'étanchéité bien supérieures à la suture portant sur le corps utérin, avantages extrêmement importants au point de vue des suites opératoires et des grossesses et des accouchements ultérieurs.

4° Un autre très précieux avantage de la césarienne basse est que dans cette opération le champ opératoire est situé à

la partie inférieure de l'abdomen. Il n'intéresse pas la grande cavité péritonéale. L'utérus n'est pas extériorisé et le champ opératoire bien protégé latéralement par des compresses est très limité.

La plupart du temps, on ne voit pas l'intestin qui reste refoulé derrière les compresses.

Le traumatisme opératoire est réduit au minimum; les risques de contamination, préservation de la grande cavité péritonéale et localisation à la région sus-pubienne, c'est-à-dire à une zone moins facilement inoculable et où les accidents infectieux quand ils viennent à se produire sont infiniment moins graves que dans la grande cavité péritonéale.

Donc l'opération de la césarienne basse est redevable de deux avantages considérables, savoir :

A) *Absence de choc opératoire chez les opérées;*

B) *Dans les cas d'infection utérine contemporaine ou secondaire à l'accouchement, la préservation du péritoine et absence d'accidents péritonéaux dans des conditions où la diffusion de l'infection de l'utérus au péritoine et sa contamination auraient paru inévitable dans l'hystérotomie haute.*

5° L'état des opérées, après l'opération césarienne haute, conservatrice ou suivie d'hystérectomie est comparable à celui des femmes qui ont subi une ovariectomie ou une hystérectomie pour fibrome.

Rien de semblable après l'opération césarienne basse. Dès le lendemain, le ventre est souple, non douloureux, sans

ballonnement et on n'observe pas cette atonie intestinale si fréquente chez les opérés du ventre.

L'opérée se remet beaucoup plus rapidement après hystérotomie basse qu'après l'hystérotomie haute. Son état est comparable à celui d'une accouchée normalement par les voies naturelles et même meilleur qu'après certains accouchements dystociques qui sont souvent suivis de parésie et de distension intestinale dans les premiers jours des suites de couches.

Le bénéfice de l'opération césarienne basse est donc très net dans ces cas et sa supériorité sur l'hystérotomie haute est incontestable.

Parmi les femmes à bassin limité chez lesquelles il est impossible d'établir un pronostic pour l'accouchement, *certaines accouchent spontanément* après une longue période d'un travail laborieux, tandis que l'expulsion ou l'extraction du fœtus par les voies naturelles restent impossibles pour les autres.

La césarienne prophylactique ou précoce devient inutile à pratiquer chez les premières, ou peu après le début du travail.

Actuellement, la césarienne basse pratiquée après des heures d'attente du travail qui démontrent l'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles reste *l'ultima ratio* pour ceux qui rejettent les pelvitomies.

On devra laisser à la femme les chances qu'elle peut avoir d'un accouchement naturel, puisqu'on pourra intervenir heu-

reusement avant que des incidents fâcheux aient pu compromettre les intérêts de la mère ou de l'enfant.

« Il faut laisser la nature, cette sage-femme invisible, comme l'appelle Sermon, accomplir son œuvre et l'aider à l'occasion par les moyens les plus appropriés ».

Dans un autre chapitre nous reviendrons assez longuement sur cet argument et nous le discuterons de plus près.

L'ÉPREUVE DU TRAVAIL ET LA CÉSARIENNE BASSE

C'est le souci d'éviter l'infection en péritoine libre, qui a orienté les recherches de Frank, Sellheim, Latzko, Dordelstein, Kroenig, Beck, Hirst, Phaneuf, etc... vers les procédés supra-symphysaires extra-péritonéaux d'abord, transpéritonéaux ensuite.

Mais secondairement au perfectionnement technique, différents auteurs ont été amenés à étendre à certains cas « impurs » la césarienne basse. Enfin, ce n'est que dans ces dernières années qu'on s'est attaché à l'étude systématique de *l'épreuve du travail* qu'on peut définir : *une expectative volontaire et raisonnée*.

Que doit-on entendre par l'épreuve du travail ? Quelle peut être l'utilité ? Quelles en sont les conditions d'application ? Dans quelles limites peut-on en pousser l'épreuve, en sauvegardant les intérêts de la mère et ceux de l'enfant ?

Enfin, quelle doit être la technique, la discipline de l'accoucheur pendant une telle épreuve ?

Dès 1920, G. Schickelé montre qu'un début d'infection déclarée n'est plus une contre-indication pour lui, à la césarienne basse. L'auteur publie dans son travail trois observations typiques des cas infectés traités par la césarienne seg-

mentaire et dont la seule complication des suites opératoires, était une légère suppuration de la paroi abdominale.

Plus tard, Brouha reprend la question.

Examinant d'une part la définition des cas purs donnée par Bar (un cas ne peut être tenu pour pur quand la femme est en travail depuis longtemps, ou lorsque les membranes sont rompues) et d'autre part, se basant sur sa statistique personnelle qui, à cette époque comportait soixante-quatre cas opérés, soit par le procédé classique, soit par la méthode supra-symphysaire; tandis que pour l'ensemble des cas, la poche des eaux était rompue, deux fois sur trois au moment de l'intervention, Brouha constate : « qu'en l'absence de fièvre, quand le pouls est normal et que l'état général de la mère ne paraît pas trop touché, on peut encore pour sauver l'enfant, pratiquer la césarienne abdominale à une phase avancée du travail, même quand la poche des eaux est rompue depuis un certain temps et cela sans faire courir à la mère un danger disproportionné au but ».

M. Balard fait une communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux, le 9 novembre 1926, « sur la nécessité absolue d'utiliser systématiquement la césarienne basse en dehors des cas rigoureusement purs » et il rappelle quelques-unes des supériorités de la césarienne basse, suture du segment inférieur à travers laquelle les liquides de l'utérus n'ont pas de tendance à diffuser dans le péritoïne, péritonisation de la zone décollable non adhérente à l'utérus, en redingote, assurant une étanchéité parfaite de la suture.

Enfin dans le cas de coudure utérine et de lochiométrie, celle-ci au contact de la suture dans la section haute, les liquides étant plus virulents et sous pression, ont plus tendance à diffuser à travers la suture tandis que si cet accident se produit dans la césarienne basse, la suture se drainera alors parfaitement.

Même si l'hystérotomie n'est pas le premier temps d'une intervention plus complexe nécessitant des manœuvres dans la cavité abdominale, il importe de la pratiquer toujours sur le segment inférieur en dehors des cas rigoureusement purs.

Dans la dernière édition de « La pratique de l'art de l'accouchement » (1926), Brindeau écrit :

« Pendant longtemps nous opérions avant le début du travail, maintenant nous attendons presque toujours les premières contractions douloureuses, ou la rupture des membranes. Quand on se trouve en présence d'un bassin limité, il est indispensable d'attendre l'épreuve du travail, car souvent de telle tête qui était mobile ou qui semblait déborder pendant la grossesse, s'oriente de telle façon au moment de l'accouchement, que l'impression du médecin peut changer complètement. L'expectative permet ainsi d'éviter une opération inutile ».

Enfin pour terminer ce court aperçu de l'évolution de la question, il faut noter le récent travail de M. Odagesco (de Bucarest) — dans la *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique* de septembre 1926 — basé sur les méthodes appliquées à la clinique Tarnier. L'auteur présente une sta-

tistique de soixante-dix femmes à bassin plat rachitique et qui toutes ont accouché spontanément après une épreuve de travail de huit à quarante-sept heures. D'autre part, treize fois l'épreuve du travail ayant été négative après douze à quarante heures de temporisation, la césarienne basse fut pratiquée et chaque fois avec succès, tant pour la mère que pour l'enfant. Pour autant qu'il soit possible de donner un chiffre en matière aussi délicate, l'auteur déclare que 70 % des femmes à bassin plat limité accouchent spontanément.

En résumé, nous dirons, que l'épreuve du travail est née d'une longue expérience clinique, progressivement étendue, du fait de la césarienne basse, à des cas de plus en plus *impurs*. Lorsque les observations de césariennes tardives, faites dans des cas sub-infectés ou franchement infectés et suivies de succès, ont été suffisamment nombreuses, il était logique de se laisser tenter par une expectative prudente, et d'y soumettre certains bassins limités, d'autant plus que la césarienne corporéale n'avait jamais permis une pareille étude, puisque le début du travail et surtout la rupture de la poche des eaux, faisaient abandonner la voie haute pour recourir aux dangereuses et pénibles interventions par voie vaginale (forceps sur tête mobile par exemple).

L'épreuve du travail est un essai, une tentative imposée à la mère et à l'enfant d'un accouchement par les voies naturelles. C'est une méthode destinée en réalité à réduire le nombre d'opérations césariennes, tout en sauvegardant pleinement la vie de la mère et de l'enfant.

CONDITIONS D'APPLICATION

Pour faire de l'expectative obstétricale, il est indispensable de se trouver dans un milieu chirurgical dont tout le personnel est entraîné aux interventions d'extrême urgence, puisque à tout moment une opération par voie abdominale peut être rendue nécessaire.

Il est évident que l'épreuve du travail est du domaine du spécialiste, dont la présence auprès de la parturiente est une condition formelle, durant toute la durée du travail, seul l'accoucheur pourra reconnaître, apprécier et combattre suffisamment vite une complication survenant brusquement.

La troisième condition préalable, l'épreuve du travail négative, commande la césarienne basse, transpéritonéale, puisque pratiquement nous serons toujours en présence d'un *cas impur*.

Il faut enfin avoir la certitude que l'état de l'enfant est suffisamment bon pour supporter une pareille température.

Ces diverses conditions préalables étant remplies, il reste à examiner deux points très importants et fondamentaux, pour une épreuve de travail bien conduite et qui doit être complète :

- 1° Etude des contractions utérines;
- 2° Etat de la poche des eaux.

CONTRACTIONS UTÉRINES

Les contractions utérines seront étudiées et observées pendant un laps de temps suffisamment long, chronomètre en

main, avant toute thérapeutique ocytotique ou calmante. On s'assurera de leur rythme, de leur fréquence, de leur intensité, de leur durée, de l'état de relâchement plus ou moins complet du muscle entre les douleurs, de manière à pouvoir agir en pleine connaissance de cause.

Les contractions sont-elles normales ? On s'abstiendra de toute médication, il suffira de suivre attentivement ce travail et d'en contrôler de temps à autre la valeur.

Mais dans les cas de bassins limités, souvent le caractère des douleurs se modifie au fur et à mesure que le travail se prolonge. Il peut s'agir, évidemment, d'atonie utérine vraie, primaire ou secondaire. Les contractions deviennent rares, trop espacées, faibles. A côté de celles-ci, on rencontre assez souvent des douleurs trop courtes, avec intervalles plus ou moins normaux, très douloureuses accompagnées d'un manque de relâchement du muscle utérin entre les contractions, tandis que la parturiente se plaint de façon continue. Ces contractions très douloureuses et qui peuvent en imposer pour une inertie utérine, sont tout au contraire, dues à une hypertonie du muscle utérin, à un état de contracture du corps et du col, dont ce tonus reste élevé, dans l'intervalles des douleurs. Cet état se présente assez souvent après le travail particulièrement long, dans un utérus fatigué et peut alors être facilement confondu avec une véritable inertie (P. Burger).

Notons en passant, que cette hypertonicité du muscle utérin, ces douleurs spasmodiques peuvent être à elles seu-

les la cause du manque d'accomodation au niveau du détroit supérieur.

Sommes-nous en présence d'une hypertonie utérine ? La première chose à faire est de combattre cet état de contracture du muscle utérin et la morphine est en pareil cas, le médicament de choix.

POCHE DES EAUX

Dans son travail, en ce qui concerne la poche des eaux, Odagesco prétend que « après la rupture de la poche des eaux, si la tête ne s'engage pas, il faut procéder sans tarder à la césarienne basse ».

« Les cas infectés, où nous sommes obligés de faire quelque chose et où la césarienne basse donne des résultats suffisamment bons, pourront, j'aime à le croire, être sauvés, quand tous les médecins et sages-femmes sauront diriger les femmes candidates à la dystocie vers les accoucheurs spécialistes ; quand les femmes enceintes sauront qu'elles ont besoin d'examen pendant la grossesse et d'assistance spéciale pour accoucher et quand le nombre de places dans les maternités ne sera pas limité par les conditions budgétaires d'aujourd'hui ».

EPREUVE DU TRAVAIL POSITIVE

L'épreuve du travail est terminée lorsque la tête a franchi le détroit supérieur ; c'est-à-dire que les bosses pariétales sont au-dessus du plan du D. S. Il importe, en effet, de ne

pas confondre un engagement fictif dû à une bosse séro-sanguine, avec l'engagement.

A partir de ce moment, soit par l'emploi prudent d'un forceps classique et peu dangereux, il sera possible de hâter la délivrance, si une indication formelle l'exige, ce qui est rare du reste.

On est, au contraire, surpris de la rapidité avec laquelle évolue le travail dès que la tête est engagée. D'autant plus que la longueur du travail pourrait faire supposer que le muscle utérin est fatigué et incapable de terminer par ses propres moyens l'expulsion fœtale.

COMPLICATIONS POUVANT SURVENIR AU COURS D'UNE ÉPREUVE DE TRAVAIL

En dehors des dangers résultant de l'état général de la mère et de l'enfant, l'épreuve du travail expose la parturiente à deux complications : l'infection et la rupture utérine.

Nous savons, que l'infection est rarement grave et que la césarienne basse nous met le plus possible à l'abri de ces redoutables complications post-opératoires.

Toutefois, il est bon au cours d'une épreuve du travail, de réduire au minimum le nombre des touchers vaginaux, le plus souvent superflus d'ailleurs, en dehors du premier examen de diagnostic. Par l'observation de la nature des contractions, par la palpation manuelle externe, il est aisé de se rendre compte avec suffisamment de précision de l'état

d'avancement du travail, de la fixation du pôle fœtal et de son degré d'engagement.

Nous avons d'autre part, un certain nombre de signes cliniques, qui nous permettent de reconnaître la menace de la rupture utérine. La tension douloureuse du segment inférieur est absolument caractéristique de la tendance à la tétanisation; la palpation douloureuse des ligaments ronds est aussi un bon signal d'alarme, moins inquiétant que le précédent pourtant, et qui permet encore dans une certaine mesure une prudente expectative.

ÉPREUVE DU TRAVAIL NÉGATIVE

Si en présence d'une menace de tétanisation, la médication sédatrice est inopérante, l'enfant vivant, la césarienne basse viendra donner la solution du problème, et nous pourrions considérer l'épreuve du travail comme négative; il en sera de même si le pouls de la mère présente une franche accélération, accompagnée d'une rapide poussée thermique.

Si cependant on demeure partisan de la césarienne basse, dans les cas purs, avec rétrécissement considérable, pour lesquels la possibilité d'un accouchement par les voies naturelles est exclue, il vaut mieux n'intervenir qu'après le début du travail, pour laisser au segment inférieur le temps de se former, ce qui facilite énormément la technique opératoire.

CONCLUSIONS

1° La temporisation strictement surveillée permet d'augmenter le nombre d'accouchements par les voies naturelles dans les bassins limités ;

2° L'opération césarienne prophylactique devient inutile ;

3° L'opération césarienne basse permet l'épreuve du travail et même dans les cas impurs, reste l'opération de choix ;

4° L'épreuve du travail doit être dirigée par un spécialiste aidé d'un personnel expérimenté, travaillant dans un milieu chirurgical.

ETUDE DES RÉSULTATS DE LA CÉSARIENNE BASSE

STATISTIQUES OPÉRATOIRES

Pour nous faire une idée de la valeur de la césarienne supra-symphysaire nous nous servirons de deux relevés :

1° Sur une statistique de quelques travaux choisis et échelonnés de 1909 à 1927 dont nous extrairons que ce qu'il est nécessaire de rappeler ;

2° Le nôtre qui comprend les opérations faites à la Maternité de l'Hôpital Boucicaut dans le service de notre maître, M. le Professeur agrégé Le Lurier.

PRONOSTIC IMMÉDIAT ET ÉLOIGNÉ DES OPÉRÉES

Le pronostic immédiat comporte l'étude de la mortalité et de la morbidité.

Au point de vue pronostique et surtout du pronostic quoad vitam, il y a de bonnes indications, de mauvaises, de médiocres et d'exécrables.

Le point important, sur lequel actuellement roulent toutes les discussions, c'est le moment où l'opération est faite ; c'est la distinction entre les *cas purs* et les *cas impurs*.

La femme dite en état pur est celle qui commence à peine son travail et n'a pas été touchée, n'a subi aucune manœuvre par voie basse, dont les membranes sont intactes, dont le col est même à peine en voie de s'ouvrir et qui bien entendu a une température de 36,8 ou 37 avec un pouls à 60.

Les conditions de gravité sont la durée du travail, la rupture de la poche des eaux, ce sont des femmes présentant des risques quelconques d'infection amniotique, température à 38, accélération du pouls, une odeur du liquide amniotique, les femmes trop touchées ou touchées sans précautions, celles qui ont subi des manœuvres d'extraction qui ont échoué.

La morbidité est peu intéressante, on peut voir des suites fébriles qui ne durent pas, de petites infections de causes diverses.

Tel est le pronostic immédiat de la césarienne basse.

L'avenir des césarisées doit être envisagé à deux points de vue :

- L'avenir chirurgical, d'une part ;
 - Et d'autre part, l'avenir obstétrical.
-

RÉSULTATS

Chiffres relevés par Jeannin (1907 à juillet 1909).

148 cas : 11 morts dont 5 par infection ;

4 par éclampsie ;

2 par causes diverses ;

embolie le quatorzième jour lors de la levée de l'accouchée, méningite purulente avant l'intervention.

A ces cent quarante-huit cas, Jeannin ajoute quarante-deux cas cités par Latzko, dont le résultat est connu au point de vue de la mortalité, sur ces quarante-deux cas, il relève trois morts par infection.

La statistique générale de Jeannin porte donc sur cent quatre vingt-dix cas, pour lesquels la mortalité maternelle est de :

Nombre total des cas de mort : 14 soit 7,37 % ;

Mort par infection : 8 soit 4,21 %.

Et M. Jeannin conclut : « Nous pouvons donc tenir pour cliniquement exact que la mortalité post-opératoire par infection oscille entre 4-5 %.

Dans le concours médical de 1925, M. Jeannin montre que sur vingt-six cas purs, une femme est morte : c'est une proportion de 3 %, c'est-à-dire la mortalité banale des opérations pratiquées actuellement.

Faisons un saut jusqu'en 1912 et arrêtons-nous quel-

que peu : l'article de Schäfer, assistant de la clinique de Franz à Berlin.

Schäfer a recueilli cinquante cas de césarienne trans-péritonéale; ces cas ont paru d'ailleurs dans le travail d'Ammermann de Jéna, en 1911 et celui de Fichu, en 1910.

Les cinquante cas ci-dessus se décomposent de la façon suivante :

Dans dix-huit cas, la poche des eaux était intacte;

Dans neuf cas, la poche des eaux était rompue depuis une heure;

Dans treize cas, depuis trois à vingt heures;

Dans neuf cas, depuis vingt-quatre heures;

Dans un cas, essai de forceps.

Ces interventions ont été pratiquées :

Trois fois pour indication absolue;

Quarante fois pour rétrécissement relatif du bassin;

Deux fois pour procidence du cordon;

Une fois pour souffrance de l'enfant;

Une fois pour défaut de fixation dans une présentation de siège, soixante heures après la rupture de la poche des eaux;

Une fois pour placenta praevia;

Une fois pour ventro-fixation avec menace de rupture utérine;

Une fois pour rupture utérine après application de forceps.

Sur ces cinquante femmes, une seule a été drainée, les autres ont vu guérir leur plaie par première intention.

Tous les enfants sont nés vivants; deux femmes sont mortes :

Premier cas de mort : la femme avait été examinée neuf fois par des étudiants; mort le neuvième jour par péritonite généralisée.

Deuxième cas de mort : essai de forceps : hémorragie consécutive. Laparatomie, rupture utérine peu visible. On referme après césarienne cervicale, on draine, mort le vingt-septième jour. Il y avait un abcès du Douglas avec péritonite diffuse purulente.

Morbidité : 70 % guéries par première intention;

18 % abcès de la plaie;

Une tuberculose;

Quatre élévations de température sans cause déterminée.

Le travail dont nous venons de mettre en relief les points importants, nous paraît rédigé avec assez d'impartialité et Schäfer tout en recommandant la supériorité de la césarienne supra-symphysaire, n'hésite pas à en restreindre prudemment les indications quoiqu'il laisse un champ d'action assez vaste.

Laissons de côté ce qui a été fait pendant la période trouble de la grande guerre et arrêtons-nous au travail de Walthard, en 1919.

Dans les années de 1911 à 1919, il a été pratiqué par cet accoucheur, soixante-quinze césariennes basses, dont un seul cas a été suivi de mort, provoquée par une pneumonie double.

Il y a trente-huit guérisons par première intention, trente-six par deuxième intention. Il n'a pas été observé de péritonite.

Ces soixante-quinze opérations ont été nécessitées par un rétrécissement du bassin.

En outre, on a pratiqué trente-neuf opérations pour des indications autres que le rétrécissement du bassin.

Cinq morts ont été à déplorer, mais elles étaient dues à des causes extra-génitales.

Walthard a eu l'heureuse idée d'étudier les bactéries trouvés dans le prélèvement du liquide amniotique de toutes ces césariennes et a constaté que ces bactéries étaient les mêmes que celles contenues dans les abcès post-opératoires.

On sait, ajoute l'auteur, que ces formes provoquent toujours la mort de la femme quel que soit le mode de l'accouchement, même après accouchement spontané.

L'année suivante, le Professeur Schickelé cite quatre opérations de césarienne basse suivie de guérison, bien que pratiquées dans des cas très impurs.

Tout naturellement, nous arrivons au Congrès de Gynécologie de langue française de 1925.

Aubert, de Genève, ouvre le feu en se déclarant partisan des césariennes tardives, d'autant plus qu'on dispose de la césarienne basse.

Aubert n'a jamais constaté de réaction péritonéale chez les opérées et conclut :

« Ce n'est pas sans quelque hésitation que je me suis

décidé à employer pour la première fois la césarienne basse, mais depuis, que j'ai eu l'expérience de quelques cas, je ne crois pas en toute sincérité, sauf exception, que je revienne de longtemps à la technique dite classique .

Van Rooy, d'Amsterdam, expose à son tour les motifs qui lui font préférer la césarienne basse et la trouve même avantageuse dans les cas de placenta praevia.

M. Bar tout en restant très attaché à son ancienne ligne de conduite concède que : si un débat s'ouvrait aujourd'hui sur la valeur de la section césarienne dans les cas tardifs, il aboutirait sans doute, à l'extension de l'opération basse, dans les cas présumés impurs. Quant à Brindeau, il rappelle qu'il a pratiqué cinquante fois la césarienne basse et : a l'impression qu'une voie nouvelle nous est ouverte .

De toute cette longue discussion Couvelaire déduit qu'« en ce qui concerne les avantages au point de vue des limites de l'opérabilité au cours du travail de la césarienne basse, l'heure n'est pas venue de porter un jugement, c'est des faits observés que devra se dégager notre opinion ».

Cependant, la césarienne basse semble toujours gagner du terrain. En Amérique, Welton communique onze observations supra-symphysaires dans les cas impurs avec onze succès .

En Italie Galfami écrivait un article en sa faveur. En 1925, il apportait une série de cinquante interventions vraiment impressionnantes, par trois observations où malgré une

température de 38 à 38,5, l'opération fut couronnée de succès, quoique le liquide amniotique fut fétide.

En Suède, le Professeur Hanche, a pratiqué la césarienne basse et n'en est pas mécontent, mais demande que la pratique de cette intervention soit plus étendue pour porter un jugement.

En Allemagne, on continue à l'employer sur une grande échelle.

En France, en 1922, M. Brindeau, communique les résultats de quatorze césariennes basses, pratiquées depuis deux ans et constate que les résultats ont été constamment bons dans les cas purs; dans les cas impurs, trois morts sur neuf opérées, dont une seule a succombé à une péritonite, les deux autres morts étant de cause extra-génitale.

Brindeau conclut que la césarienne basse tout en restant une intervention sérieuse, comporte dans les cas impurs, un pronostic moins grave que la césarienne classique.

C'est à Strasbourg, surtout que la césarienne basse est plus particulièrement pratiquée.

En mars 1923, M. Reeb, fait une communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, sur dix cas de césarienne basse exécutée pendant l'année qui vient de s'écouler.

Neuf fois on a opéré dans des cas impurs, une seule fois dans un cas pur.

La morbidité fut la suivante :

Tandis que six femmes eurent des suites opératoires

apyrétiques, deux broncho-pneumonie et deux exsudats dans le Douglas furent constaté chez quatre autres opérées.

Les plaies guérissent très bien.

En avril 1924, Phaneuf fait une communication à Boston, sur une statistique personnelle de cent deux opérations. Il est très satisfait des résultats et il ajoute : « plus augmente notre expérience de l'opération supra-symphysaire, plus nous sommes convaincus que cette méthode offre des avantages bien supérieurs à l'opération classique.

Marrassi, dans sa thèse de Paris 1925, apporte trente observations d'opération césarienne.

Il n'y a eu dans aucun cas ni mortalité maternelle, ni mortalité de l'enfant.

Les suites ont été fébriles dans neuf cas; il n'y a eu qu'un seul incident de la paroi. L'ascension thermique n'a pas été expliquée. Il pense que ces suites fébriles et sub-fébriles, en général de courte durée, trois à quatre jours, relèvent de la fièvre dite de « fibrin ferment » par les auteurs américains.

En aucun cas, il n'y a eu d'inquiétude. La date de la sortie des femmes ne s'en ressentait pas.

La plupart des accoucheurs français sont restés fidèles à la césarienne haute, classique jusque dans ces derniers temps et au 4^e Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris, en 1925, les discussions furent très animées entre les pelvi-tomistes et césariennes bassistes.

Schickelé, de Strasbourg disait :

« La pelvitomie faite, l'accouchement n'est pas terminé, dans un fort pourcentage, une opération obstétricale devient nécessaire, dont le nombre augmente à mesure que l'on essaie d'élargir les indications de la pelvitomie : « le pelvitomiste est un homme enchaîné et dépend du bon vouloir des contractions utérines. Il est obligé de bien choisir les cas qui se prêtent à cette opération, et néanmoins, il sera obligé de pratiquer à côté de la pelvitomie la césarienne et forcément la classique, car s'il était partisan de la basse, il aurait pu mettre en évidence la valeur de la césarienne basse et indiquer le nombre de cas impurs, de détailler le genre d'impuretés, tels qu'examen répétés avant l'admission dans le service, la fétidité du liquide amniotique, la présence, l'élévation de la température et du pouls ».

M. Brindeau, dans la *Presse Médicale* de 1926, expose une statistique de cinquante-neuf opérations césariennes basses faites depuis mai 1924. Il a eu une mort par péritonite, la femme était en travail, les suites s'étaient passées d'une façon aussi satisfaisante que possible et la mort est survenue quarante-huit heures après. C'était du reste au moment où l'état sanitaire du service était défectueux (grippe et scarlatine) et il se demande si ce n'est pas la cause de la mort.

M. Wetterwaldt apporte dans la *Gynécologie et l'Ostétrie* de février 1926 sur l'« Avenir obstétrical des femmes après opération césarienne basse, cinquante-quatre cas d'accouchement chez des femmes ayant subi antérieurement la césarienne basse.

L'auteur ne compte ni les avortements ni les accouchements prématurés (sept cas). En général, il pratique la stérilisation des femmes (ablation des trompes) à la seconde césarienne.

Sur ces cinquante-quatre cas, il a fallu treize fois une seconde section, au cours de laquelle on a constaté la restauration complète du segment inférieur après la première opération.

Les autres cas comprennent une rupture utérine et trente-quatre accouchements spontanés soit 62 %. Dans les six autres cas, il a fallu intervenir (forceps, version).

L'auteur préfère la césarienne basse à la pelvitomie.

Il considère qu'après la césarienne basse, un accouchement peut se produire sans risques.

Il n'y a eu aucun décès d'enfant.

MM. Portes et Risacher font une communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, le 10 mai 1925, sur les résultats de vingt-huit opérations césariennes basses et qui toutes se rapportent à des cas de rétrécissement pelvien.

Ils ont divisé les observations en trois groupes :

Premier groupe : six cas cliniquement exempts d'infection. Ces cas considérés comme purs se rapportent à des malades chez lesquelles au moment de l'intervention, l'œuf était intact et le travail relativement peu avancé. Dans ces six cas les suites immédiates furent parfaites. Les courbes de température ne montrent qu'une réaction thermique légère

dans les quarante-huit heures qui suivent l'intervention, après quoi l'apyrexie fut complète.

Deuxième groupe : dix-neuf cas pouvaient être considérés comme « suspects » du fait des touchers répétés avec membranes rompues, mais sans qu'il y ait des signes cliniques d'infection.

Dans ces conditions :

Seize fois l'apyrexie fut parfaite après la réaction habituelle des premiers jours ;

Trois fois il y eut des suites fébriles pendant quinze à vingt jours.

Troisième groupe : un cas d'une femme certainement infectée, l'examen bactériologique du liquide amniotique prélevé a décelé la présence de deux germes :

1° Streptocoque pyogène ;

2° Colibacilles non virulents pour le cobaye.

Le 14 juin 1926, M. le Lorier apporte à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie les résultats de dix-sept observations de césariennes basses conservatrices.

Cette communication est le point de départ de notre travail et notre cher Maître nous a fait l'honneur de nous confier ses observations et, depuis, avec 8 opérations de plus — pratiquées pendant notre séjour à l'hôpital Boucicaut — nous sommes heureux de pouvoir présenter ces observations complètes et ainsi apporter notre faible contribution personnelle à la solution d'un problème des plus passionnants de l'obstétrique.

CÉSARIENNES BASSES

Adoptons l'ordre chronologique

ETUDE DES OBSERVATIONS DE L'HOPITAL BOUCICAUT

Notre travail repose essentiellement sur vingt-cinq césariennes basses pratiquées à la Maternité de l'hôpital Boucicaut du 6 mai 1923 au 22 avril 1927.

Nous allons donner les éléments essentiels de nos observations en notant toutes les fois que cela sera nécessaire et possible, le degré de la température et la fréquence du pouls au moment de l'opération.

Nous indiquerons l'état de la poche des eaux le temps qui s'est écoulé depuis sa rupture s'il y a lieu.

Nous noterons le nombre d'examens internes pratiqués et nous signalerons ceux qui ont été faits hors du service.

Nous insisterons plus particulièrement sur les cas, dont l'évolution a présenté des particularités importantes.

Enfin, le poids de l'enfant au moment de sa naissance sera soigneusement rapporté.

Pour éviter toutes confusions, nous signalerons que les chiffres romains ont servi à numérotter les observations, tandis que les chiffres arabes indiquent le numéro qu'elles ont reçu dans le registre de l'année à la Maternité.

ANNÉE 1925

Observation I

Op. N° 104 (6 mai 1925).

Mme D... Rosa, 23 ans :

Césarienne du segment inférieur pour insertion du placenta empiétant largement sur l'orifice interne du col.

Incision cutanée allant du pubis jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, ouverture de l'abdomen sans aucune difficulté. Incision du péritoine segmentaire à 5 mm. au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin après placement du large écarteur sus-pubien et protection de la cavité abdominale avec des champs sans extériorisation de l'utérus. Le péritoine ainsi incisé est décollé par en haut et par en bas le plus possible puis on incise sur la ligne médiane le segment inférieur, incision qui tombe naturellement sur le placenta, celui-ci est rapidement décollé à la main, il s'étend vers la face antérieure du corps utérin. L'œuf est ouvert, le liquide s'écoule hors du ventre, et avec la main on saisit et on amène la tête du fœtus qui, aisément extrait apnéique mais rapidement ranimé. On extrait ensuite l'arrière-faix, puis on tamponne le segment inférieur avec un champ tetra qu'un aide attire par le vagin. Suture du segment inférieur par une série de points séparés au catgut enfoncé sous un surjet au catgut. Le tampon est complètement retiré avant la fin de la suture. On termine en faisant un surjet au catgut pour reconstituer le péritoine vésico-utérin.

La paroi est suturée comme d'habitude par un plan de points séparés au catgut, de crin de Florence et des agrafes de Michel. Expression de l'utérus à travers la paroi abdominale qui chasse de nombreux caillots.

L'utérus est bien contracté. Anesthésie à l'éther avec l'appareil d'Ombredanne.

Un centimètre cube d'ergotine au début de l'anesthésie.
Suites opératoires : normales.

Observation II

Op. N° 107 (8 mai 1925).

Mme F... Catherine, 26 ans :

Césarienne du segment inférieur pour bassin vicié avec rupture prématurée des membranes, datant de quarante-cinq heures et expulsion de liquide amniotique très teinté de méconium, col à peine en voie d'effacement au moment de l'intervention. Ergotine, un centimètre cube sous-cutané.

Incision de l'abdomen allant du pubis à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Incision transversale de la zone décollable du péritoine vésico-utérin. On aperçoit d'énormes veines qui rampent à la surface du segment inférieur, mais comme elles en recouvrent toute l'étendue de l'incision les intéresseront fatalement.

Incision verticale du segment inférieur, empiétant très légèrement sur le corps. La tête fœtale qui appuie sur le détroit supérieur en G. T. et amené facilement en l'empau-

mant avec la main, le fœtus est extrait légèrement teinté de vert et crie aussitôt.

La plaie saigne abondamment, on va rapidement à la recherche du placenta totalement inséré dans le corps utérin. Puis, on pose rapidement des points séparés sur la ligne d'incision segmentaire et bientôt l'hémorragie s'arrête. On rabat ensuite le péritoine sur les tranches duquel on met un surjet; après la séparation de la plaie, on constate que par suite de la torsion de l'utérus à droite, l'incision supposée médiane est passée en réalité notablement à gauche, un centimètre environ.

Fermeture du ventre en trois plans.

Garçon vivant, 2.930 grammes. Placenta, 600 grammes.

Suites opératoires : normales.

Observation III

Op. N° 128 (23 juillet 1925).

Mme G... Thérèse, 22 ans :

Césarienne du segment inférieur pour insertion du placenta empiétant fortement sur l'orifice interne du corps utérin et ayant donné lieu à des hémorragies inquiétantes. Il existe, en outre, chez cette femme un léger degré de viciation pelvienne.

Malheureusement, l'enfant a succombé au cours des préparatifs opératoires et n'a pu être ranimé.

Le péritoine a été incisé horizontalement et l'utérus ver-

ticalement, l'incision du segment inférieur a empiété très légèrement sur le corps d'un centimètre environ.

Ergotine avant l'intervention, la malade n'a perdu qu'une quantité insignifiante de sang pendant l'opération. Le segment inférieur a été suturé par un plan de points séparés au catgut; le péritoine viscéral par un surjet au catgut.

Suites opératoires : normales.

Observation IV

Op. N° 131 (29 juillet 1925).

Mme V... Eugénie, 32 ans :

Opération césarienne du segment inférieur pratiquée sans indication spéciale chez une femme ayant un kyste de l'ovaire praevia, et uniquement dans le but de réaliser une meilleure incision et une meilleure suture de l'utérus que dans la césarienne classique.

Laparatomie médiane entièrement sous-ombilicale. Incision horizontale du péritoine à la limite de la zone décollable. Le péritoine est décollé le plus bas possible et le segment inférieur incisé verticalement sur la ligne médiane. A peine, l'incision est-elle commencée qu'il se produit, bien qu'il ait été fait un catgut d'ergotine dès le début de l'anesthésie une violente hémorragie. On se hâte d'agrandir l'incision et d'extraire le fœtus qui se présente par le siège dans un œuf intact. Il crie aussitôt, et on pratique immédiatement l'extraction manuelle de l'arrière faix. Sitôt l'utérus vide, l'hémorragie se modère et elle cesse complètement

après l'exécution d'un plan profond de suture musculaire. Par dessus ce premier plan à points séparés on en fait un second également musculaire plus superficiel.

Ces deux plans une fois terminés l'hémorragie cesse complètement, entre temps on a fait une seconde injection d'un centimètre cube d'ergotine.

L'incision du segment inférieur empiète d'environ un centimètre sur le corps. Néanmoins, on arrive à le recouvrir entièrement avec le lambeau péritonéal disponible réalisant ainsi une occlusion complète de la ligne de suture.

Cette première partie de l'opération étant terminée, on extériorise avec la plus grande facilité l'utérus et plongeant la main dans le cul-de-sac de Douglas on en extrait un petit kyste de l'ovaire qui était étroitement enclavé dans l'excavation mais non adhérent, ayant un pédicule assez long sur lequel on met deux ligatures successives de catgut. C'est un kyste gros comme une tête de fœtus de cinq mois environ développé au dépens de l'ovaire droit. Le ventre est ensuite refermée par un surjet péritonéal au catgut, des points séparés aponévrotiques au catgut.

Crin de Florence et agrafes Michel.

Suites opératoires : normales.

Observation V

Op. N° 118 (15 juin 1925).

Mme B... Augustine, 29 ans :

Césarienne du segment inférieur, chez une femme ayant

une obstruction pelvienne par une tumeur de nature indéterminée à marche rapide qui est très probablement un ostéosarcome.

Il n'existe aucune indication particulière pour la césarienne basse que M. Le Lorier a choisie en raison de sa bénignité probable plus grande. La femme est tout à fait au début du travail et les membranes intactes.

Laparatomie du pubis à l'ombilic. Ecarteur sus-pubien ; petite incision médiane sur le péritoine vésico-utérin à deux centimètres de la zone adhérente utérine. Le décollement est poursuivi avec le ciseau à plat jusqu'au voisinage du bord utérin, et on ouvre largement le péritoine en incisant horizontalement.

L'utérus est ensuite ouvert par incision verticale qui empiète d'un centimètre et demi sur le corps. L'extraction de la tête fœtale amorcée ne présente aucune difficulté. Délivrance manuelle sans incidents. Une assez grande quantité de sang s'écoule pendant l'exécution de la suture utérine que l'on fait par :

1° Les points séparés profonds au catgut ;

2° Un surjet musculo-musculaire superficiel au catgut renforcé par place et notamment au voisinage du corps utérin par un troisième surjet.

Un dernier surjet est placé sur la séreuse dont on répare la brèche horizontale, et qui prête assez pour que l'on puisse aller recouvrir sans difficulté la petite portion empiétant sur le corps.

A aucun moment l'intestin n'a été vu, seul un petit fragment d'épiplon a été extériorisé au moment où on a changé les champs abdominaux. La femme n'a pas reçu d'injection d'ergotine, elle a perdu une quantité de sang moyenne.

Fermeture de la paroi en trois plans, le surjet péritonéal au catgut. Les points séparés, aponévrotiques au catgut. Crins et agrafes de Michel.

La malade n'a pas eu d'ergotine, ni hypophyse, l'utérus est bien rétracté à la fin de l'opération et après l'expression. Anesthésie au mélange de Schleisch.

Ablation d'une tumeur grosse comme le poing, implantée à la face postérieure du corps du pubis.

Histologie : fibrome périostique.

Femme déjà opérée par M. le Professeur Duval pour tumeur de même origine.

Suites opératoires : normales.

Observation VI

Op. N° 149 (22 novembre 1925).

Mme L... Marcelle, 30 ans.

Césarienne segmentaire chez une secondipare, ayant perdu un premier enfant à la suite d'une application de forceps au détroit supérieur, très pénible à la campagne, pour le bassin vicié après un travail très long.

Cette femme envoyée par le Docteur Pouliot, a été examinée par M. Le Lorier à huit mois et demi environ de gestation. Fœtus vivant, en présentation du sommet, bassin du

type aplati et généralement rétréci avec un promontoire accessible à onze centimètres et une tête ne débordant pas. En somme, pronostic relativement favorable. Malheureusement dans la nuit de dimanche à trois heures du matin, cette femme fait une rupture prématurée des membranes, ce qui décide M. le Le Lorier à l'opérer dans la matinée du dimanche 22 novembre, à 10 heures du matin.

Opération : laparatomie médiane sous-ombilicale dépassant très peu l'ombilic. Incision du péritoine vésico-utérin horizontalement. Une petite boutonnière est pratiquée et deux fils repères et tracteurs sont posés sur les lèvres de cette boutonnière. On poursuit alors l'incision du segment inférieur sur la ligne médiane. Le fœtus extrait sans grande difficulté par expression et énucléation. La délivrance est faite manuellement aussitôt après sans aucun incident.

Un centicube d'ergotine a été pratiqué avant le début de l'anesthésie. A ce moment, il se produit une hémorragie assez abondante, et qui ne tarde pas à s'arrêter. Une mèche de gaz est passée par le vagin et un tamponnement provisoire mis dans le segment inférieur et qui sera retiré avant les derniers points de sutures. Suture du segment inférieur par une série de points séparés au catgut. Le feuillet péritonéal est alors rabattu et suturé en surjet.

La mèche vagino-segmentaire est complètement retirée. Suture du ventre par une série de points séparés musculo-péritonéo-aponévrotiques au catgut. Plan cutané, suturé au crin et aux agrafes.

Suites opératoires : normales.

Observation VII

Op. N° 150 (23 novembre 1925).

Mme S... Gerolama, 20 ans :

Césarienne segmentaire pratiquée au cours du travail chez une primipare. Dilatation petite, paume de main et membranes intactes.

L'opération proposée par M. Le Lorier le matin à dix heures, a été d'abord refusée par la malade qui ne s'est décidée à l'accepter qu'à seize heures.

Il s'agit d'un bassin aplati et généralement rétréci avec P. S. P. à dix centimètres. Tête non engagée tendant à se défléchir, débordant fortement. Bruits du cœur un peu soufflant au moment de l'intervention.

Opération : Laparatomie médiane sous-ombilicale; incision horizontale du péritoine vésico-utérin. Incision verticale du segment inférieur après création d'une petite boutonnière et pose de deux fils de repère. On aperçoit aussitôt la tête du fœtus baignant dans le méconium. Cette tête est extraite sans grande difficulté par expression et énucléation. Le fœtus respire aussitôt, délivrance manuelle sans incident.

Hémorragie modérée. Le segment inférieur apparaît alors avec une paroi très œdématisée que l'on renferme en deux plans de suture par un surjet profond et un surjet superficiel au catgut. Fermeture du péritoine, surjet au catgut, points séparés au catgut aponévrotiques.

Suites opératoires : normales.

Observation VIII

Op. N° 154 (27 décembre 1925).

Mme T... :

Opération césarienne du segment inférieur faite au début du travail, les membranes étant intactes chez une femme ayant subi le 19 février 1924 (Op. N° 61) une première opération césarienne portant sur le corps de l'utérus pour rétrécissement du bassin.

Au moment de l'intervention l'enfant se présente par le sommet, la tête est bien centrée, peu mobile entièrement au-dessus du segment inférieur, les bruits du cœur sont bons.

Laparatomie médiane sous-ombilicale, l'utérus est libre de toute adhérence à la paroi et il est impossible de voir où siège la première ligne d'incision. Quelques franges épiploïques adhèrent à la paroi abdominale mais non à l'utérus.

Sur le segment inférieur, on voit un fasci de grosses veines qu'il sera impossible d'éviter lors de la section. Le péritoine viscéral est tout d'abord incisé horizontalement, il est facile de le décoller et de le récliner fortement par en bas. On pratique ensuite comme d'habitude, une petite boutonnière d'un centimètre de long en un point exempt de veines et l'on pose immédiatement sur les lèvres de l'incision, de chaque côté une anse de catgut qui servira à la fois de repère et de tracteur. Cela fait, l'incision du segment inférieur est poursuivie par en haut et par en bas sans qu'on s'inquiète de l'hémorragie abondante qui se produit à ce moment. La tête est énucléée par expression après ouverture

des membranes, écoulement de liquide amniotique clair. L'énucléation de la tête ne présente pas de grosse difficulté, le corps du fœtus suit aisément. Immédiatement après, on pratique la délivrance sans difficulté, le placenta est inséré sur la face postéro-latérale de l'utérus. Pas d'adhérences anormales du placenta ni des membranes.

L'utérus se rétracte bien. La femme a reçu huit centimètres cubes d'ergotine, immédiatement au début de l'anesthésie. Fermeture du segment inférieur par un plan de points séparés au catgut, par dessus lesquels on suture le péritoine au moyen d'un surjet également au catgut. L'incision du segment inférieur a empiété d'un centimètre environ sur le corps.

Le ventre est refermé par une série de points séparés au catgut péritonéo-aponévrotique et par un plan cutané, agrafes et crins de Florence.

Suites opératoires : normales.

ANNÉE 1926

Observation IX

Op. N° 158 (18 janvier 1926).

Mme D... Albertine, 35 ans.

Césarienne du segment inférieur immédiatement suivie d'hystérectomie sub-totale pour fibrome proevia développé dans la paroi postérieure du segment inférieur. Cette femme a été vue par M. Le Lorier à la salle de travail le lundi matin 18 janvier à 11 heures parce qu'elle avait une présentation

du sommet avec la tête très haute débordant et ne paraissant n'avoir aucune tendance à l'engagement.

Cette femme est à son quatrième accouchement dont le dernier remonte en 1923. Les trois précédents se sont terminés par la naissance d'enfant vivant, d'un poids plutôt au-dessus de la moyenne. Ainsi, en 1912, accouchement normal à terme, garçon bien portant, pesant 4.000 grammes; en 1918, accouchement normal, à terme, garçon bien portant, pesant 4.500 grammes, élevé au biberon. Le 18 janvier 1923, à 11 heures, M. Le Lorier fait les constatations suivantes : Au-dessus du pubis on voit se dessiner une tumeur arrondie constituée par la tête du fœtus; lors de la contraction utérine cette tumeur devient extrêmement saillante et son contour est particulièrement marqué du côté gauche par un véritable coup de hache qui ferait craindre une rupture utérine rapide si cette femme avait des contractions utérines tant soit peu intenses; il n'est rien fort heureusement les contractions sont faibles et peu espacées, depuis l'entrée de cette femme à la salle de travail, c'est-à-dire depuis minuit, elle a perdu les eaux, avant d'entrer et s'est présentée à l'hôpital. A l'arrivée la sage-femme de garde a constaté qu'elle avait perdu les eaux et que le liquide était légèrement verdâtre.

Au palper, on trouve un fœtus en O. I. D. T., la tête très haute, mobile, déborde d'une façon extraordinaire et paraît d'un volume au-dessus de la moyenne. Cependant mesurée du front à l'occiput avec le compas de Baudelocque, on obtient 13,5 cm., M. Le Lorier porte à ce moment le

diagnostic de hydrocéphalie avec crâne surtout développé dans le sens transversal. Les bruits du cœur sont bons. Au toucher, col long et fermé, le doigt arrive à peine sur la présentation. Devant ces constatations, M. Le Lorier fait porter cette femme à la salle d'opération avec l'idée de faire une perforation crânienne; la femme étant préparée et endormie. Il procède avant d'intervenir à un toucher complet aidé par son aide qui refoule la tête vers le détroit supérieur. Il peut alors faire les constatations suivantes : avec deux valves planes dans le vagin et deux pinces de Museux sur les lèvres du col, on rend celui-ci aisément béant et on aperçoit un canal cervical dans lequel l'index s'insinue facilement; ce canal cervical ou cervico-segmentaire a toute la longueur de l'index dont l'extrémité arrive au contact de la tête; le doigt est enserré de toute part par le canal en question qui ne présente cependant aucune contracture et aucune rigidité véritable; ce canal est dirigé en avant, en haut et à droite; on constate tout de suite que sa paroi postérieure est beaucoup plus dure que sa paroi antérieure et qu'elle repose sur une grosse masse du volume d'une tête de fœtus de six mois, très ronde d'une dureté fibreuse accessible dans le cul-de-sac postérieur, grâce au refoulement que l'aide lui imprime le diagnostic s'éclaire dès lors complètement; il ne s'agit pas d'une tête hydrocéphale mais d'un fibrome praevia développé dans la paroi postérieure du canal cervico-segmentaire; le développement de cette tumeur est naturellement postérieur au dernier accouchement (1923). La conduite à

tenir se présente alors très nettement, la malade est mise en position déclive :

Laparatomie médiane sous-ombilicale, incision horizontale du péritoine vésico-utérin ; incision verticale du segment inférieur, d'abord par une petite boutonnière sur les bords de laquelle on pose deux anses de catgut ; l'incision est alors prolongée par en bas et par en haut et on extrait un enfant vivant un garçon qui respire presque immédiatement.

Extraction sans grande difficulté. Aussitôt après la délivrance artificielle, puis extériorisation de l'utérus qui nécessite l'allongement de l'incision abdominale par en haut. Le fibrome apparaît comme une tête de fœtus de six mois en effet implanté sur la ligne médiane non pédiculé développé dans l'épaisseur de la paroi postérieure du segment inférieur.

M. Le Lorier pense d'abord à l'énucléation, mais hésite dans la crainte d'avoir une hémostase difficile et se décide en présence de cet utérus qui resterait fragilisé à la fois en avant et en arrière à en pratiquer l'ablation sub-totale.

Des ligatures au catgut, sont mises sur les pédicules utéro-ovariens et ligament rond droit et puis sur les pédicules du côté gauche et le segment inférieur étant bien dégagé, on lie au catgut l'utérine droite ; on ampute le canal cervico-segmentaire nettement au-dessous du fibrome, on lie l'utérine gauche, puis on pose un surjet au catgut sur la ligne d'amputation segmentaire et au moyen d'un second surjet au catgut on péritonise le petit bassin. Fermeture du ventre sans drainage par un surjet péritonéal au catgut, des points aponé-

vrotiques au catgut; des crins de Florence et des agrafes Michel sur la peau.

La malade pendant les trois premiers jours ne présente aucun incident, son état général est très bon. Température : 37°5. Pouls 76. Vers le quatrième jour, la malade fait une forte crise d'épilepsie — les antécédents personnels révèlent qu'elle présente des crises d'épilepsie généralisées depuis l'âge de neuf ans, et qui se répètent presque chaque mois — Régime : bouillon de légume. Lavement évacuateur. Un comprimé de gardenal matin et soir.

Vers le cinquième jour, la malade fit une nouvelle crise et on constate de l'œdème des membres inférieurs. Température, 39°. La femme est très fatiguée.

On a fait son pansement et ne constate aucune réaction au niveau de l'abdomen.

Glace quand même sur le ventre. Malade soumise au régime. Depuis la malade n'a pas eu de nouvelles crises et le 2 février, se lève sans être fatiguée, en bonne santé.

Observation IX

Op. N° 171 (15 mars 1926).

Opération césarienne du segment inférieur sans extériorisation de l'utérus chez une femme ayant un bassin du type aplati et généralement rétréci, rachitique avec P. S. P. dix centimètres.

L'opération a été faite au début du travail avec un col effacé et une dilatation au début. Les membranes intactes.

Il s'agit d'une présentation du sommet non engagée, fixé, débordant fortement.

H. U. : 30 centimètres. En raison de cette disproportion manifeste entre la tête et le bassin M. Le Lorier se décide de pratiquer une césarienne qu'il effectue sur le segment inférieur.

Incision horizontale, décollement du péritoine vésico-utérin, petite boutonnière dans le segment inférieur de l'utérus conformément à la technique habituelle ; ensuite cette boutonnière est prolongée par en haut et par en bas. On aperçoit bientôt la paroi de l'œuf et du liquide amniotique.

La tête du fœtus est extraite facilement par énucléation à la main. Il existe deux circulaires autour du cou. Le fœtus crie immédiatement.

On procède ensuite à l'extraction de l'arrière-faix sans incision, on tamponne le segment inférieur, avec une mèche qui est attirée par le vagin, puis on ferme le segment inférieur : 1° par des points séparés au catgut ; 2° par un surjet recouvrant au catgut, plans superficiels ; 3° par un surjet péritonéal au catgut. Fermeture du ventre en trois plans sans drainage. Un centimètre cube d'ergotine avant l'anesthésie.

Suites opératoires : normales.

Observation XI

Op. 172 (16 mars 1926).

Mme D... Sylvine, 29 ans :

Opération césarienne, segment inférieur chez une femme ayant :

1° *Un léger rétrécissement du bassin ;*

2° Une rupture prématurée des membranes probable ;

3° Des bruits du cœur modifiés ;

4° Des contractions utérines nettement douloureuses depuis plusieurs heures avec un col non effacé.

Laparatomie médiane sous-ombilicale. Protection du péritoine avec un champ ; petite boutonnière sur le segment inférieur après incision horizontale et décollement du péritoine vésico-utérin. Sitôt l'incision faite il s'écoule une grande quantité de sang noir qui aveugle complètement le champ opératoire.

On pose rapidement un fil de chaque côté de la boutonnière, un peu à tâtons et on poursuit rapidement l'incision par en bas sous le contrôle des doigts.

L'extraction de la tête un peu lente, ne présente pas de difficultés sérieuses. Deux circulaires autour du cou, l'enfant apnéique ranimé facilement par insuflation. Délivrance sans incident. Introduction d'une mèche par l'orifice du col et tamponnement du segment inférieur. Suture verticale du segment inférieur par des points séparés au catgut.

L'incision empiète très légèrement sur le corps. Suture du volet péritonéal par un surjet au catgut.

Fermeture du ventre par un surjet péritonéal au catgut ; crins et agrafes de Michel sur la peau.

Extraction d'une fille vivante pesant 3.500 grammes.

Placenta, 500 grammes.

Observation XII

Op. N° 173 (19 mars 1926).

Mme D... Anne-Marie, 43 ans :

Césarienne itérative chez une femme ayant subi antérieurement une hystérotomie corporéale pour rétrécissement du bassin.

La première césarienne a été faite il y a quatorze ans par M. Lepage.

L'opération actuelle est faite au début du travail à dix heures du matin, le 19 mars 1926, la femme ayant des contractions utérines légèrement douloureuses depuis la veille au soir 22 heures; les membranes sont intactes. La femme a eu au cours de la nuit quatre centigrammes de morphine. Au moment de l'intervention le col est entr'ouvert et non effacé; les bruits du cœur un peu sourds; le fœtus est en présentation du sommet le dos à gauche.

Laparatomie médiane sous-ombilicale, déviée à gauche au voisinage de l'ombilic; la face antérieure de l'utérus est libre de toute adhérence. On n'aperçoit aucune trace de la suture ancienne.

Incision horizontale et décollement du péritoine comme d'habitude, boutonnière dans le segment inférieur immédiatement repérée par deux catguts; l'incision est prolongée par en bas, comme elle est un peu courte on a quelques difficultés à extraire la tête, on y arrive cependant manuellement, mais l'incision prolongée par une petite déchirure qui dévie

vers la droite. Sitôt après l'extraction du fœtus baigné dans un liquide fortement chargé de méconium. L'utérus malgré l'injection d'ergotine, faite dès le début de l'anesthésie saigne en nappe abondamment.

L'extraction de l'arrière-faix ne présente aucune difficulté. On explore à cette occasion la paroi antérieure de l'utérus qui est épaisse et sur laquelle aucun amincissement, aucune induration ne vient révéler l'incision première.

Le segment inférieur est provisoirement tamponné avec une mèche de gaze dont un bout passe dans le vagin, on le suture verticalement par des points séparés au catgut puis on rabat et on suture le péritoine.

Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Suites opératoires : normales.

Observation XIII

Op. N° 174 (26 mars 1926).

Mme P... Marie, 32 ans.

Césarienne du segment chez une femme ayant le bassin généralement rétréci avec P. S. P. à dix centimètres. Multipare spécifique, accouchée prématurément d'enfants morts pour les trois dernières grossesses. Les deux derniers enfants vivants, bien portants nourris au sein maternel. B.-W. : positif. N'a eu que deux injections au Bi pratiquées à la consultation du samedi.

M. Le Lorier voit cette femme à la consultation le ven-

dredi 26 mars, à onze heures et il trouve par le palper une tête filant dans la fosse iliaque gauche.

Grossesse près du terme ; les bruits du cœur sont d'une lenteur remarquable, soixante par minute environ à certains moments. Cette femme a eu quelques douleurs toute la nuit, le col est effacé, entr'ouvert.

On arrive aisément sur les membranes qui bombent mollement par instants ; il est de toute évidence que l'enfant court le plus grand risque si l'on n'intervient pas immédiatement bien que l'on ne sent pas l'anse du cordon dans l'aire du segment inférieur. Le ralentissement des bruits du cœur doit faire penser à une compression funiculaire.

La césarienne du segment inférieur est pratiquée à 11 $\frac{1}{2}$ suivant la technique habituelle, la femme ayant reçu cinq minutes avant l'incision, non pas une injection d'ergotine, mais une injection d'un demi centimètre cube d'hypophyse Choay.

L'incision verticale empiète de deux centimètres environ sur le corps. Le fœtus est extrait par expression sans difficulté, la face la première. L'extraction de l'arrière-faix facile en ce qui concerne le placenta ; et un peu laborieux pour les membranes.

Le segment inférieur est renfermé par un surjet au catgut vertical, plus deux points séparés sur le corps. Surjet péritonéal recouvrant entièrement la suture.

Fermeture de l'abdomen par trois plans.

Suites opératoires : normales.

Observation XIV

Op. N° 177 (13 avril 1926).

Mme R... Clotilde, 30 ans :

Opération césarienne conservatrice faite pour la troisième fois pour rétrécissement pelvien chez une femme ayant une double luxation congénitale non traitée. Césarisée deux fois précédemment :

1° En 1922, césarienne conservatrice, hystérotomie corporéale ;

2° En 1924, hystérotomie corporéale passant exactement sur l'ancienne cicatrice ;

3° En 1926, hystérotomie du segment inférieur.

Cette femme entre en travail le 13 avril 1926, à 21 h. 30, M. Le Lorier est aussitôt prévenu et arrive peu après. Il constate, en effet, des contractions utérines douloureuses revenant toutes les dix minutes environ. Le fœtus est en O. I. D. T., tête très haute débordante, faisant saillie à chaque contraction au-dessus du pubis. Les bruits du cœur sont bons.

Au point de vue bassin, cette femme outre sa luxation congénitale double, a un aplatissement antéro-postérieur du détroit supérieur avec promontoire accessible à 10,5 cm. environ.

La femme pousse un peu, aussi lui donnera-t-on du chloroforme au lieu du mélange de Schleisch. Un centimètre cube d'ergotine avant le début de l'anesthésie.

Laparatomie sous-ombilicale. Il existe quelques adhérences péritonéales lâches, utéro-pariétales ayant l'aspect de voiles membraneux. Une grosse veine de 3 mm. de diamètre et longue de 20 cm. croise en écharpe de la corne utérine au cul-de-sac vésico-utérin dans l'épaisseur d'un repli péritonéal probablement d'origine épiploïque ; résection entre deux ligatures.

Rabattement du feuillet vésico-utérin. Hystérotomie du segment inférieur. Aucune difficulté pour l'extraction de la tête fœtale par expression. Délivrance sans difficulté ni incidents. Placenta s'insère sur la face antérieure de l'utérus.

Suture du segment inférieur par points séparés au catgut, suture horizontale du péritoine vésico-utérin. Extériorisation de l'utérus dont la cicatrice ancienne est invisible. Résection des trompes entre deux ligatures, enfouissement du bout utérin sous le péritoine. Réintégration de l'utérus dans le ventre.

Suture de la paroi par un plan péritonéo-aponévrotique, des points séparés au catgut. Crins et agrafes pour la peau.

Suites opératoires : normales.

Observation XV

Op. N° 180 (6 mai 1926).

Mme P., Yvonne, 22 ans.

Césarienne du segment inférieur, chez une primipare au début du travail, pour rétrécissement pelvien, membranes intactes.

Il s'agit d'une femme ayant un bassin aplati du type généralement rétréci, avec promontoire accessible à 10 cm. 4. M. Le Lorier est prévenu dès le début du travail, la femme attend des contractions douloureuses toutes les demi heures. il la voit à 21 heures et constate en effet des contractions utérines douloureuses. La tête est en bas, haute et mobile, bien centrée; les bruits du cœur sont bons; il décide immédiatement de faire une césarienne du segment inférieur.

Laparatomie médiane sous-ombilicale, incision horizontale du péritoine vésico-utérin d'un bord à l'autre de l'utérus, refoulement du péritoine par en bas, découvrant largement le segment inférieur.

Ouverture d'une petite boutonnière dans le segment inférieur sur la ligne médiane; il s'écoule à ce moment du liquide amniotique légèrement verdâtre; deux anses de catgut repérées sont placées sur les lèvres de cette boutonnière, laquelle est alors prolongée par en bas, sur la ligne médiane.

L'extraction de la tête fœtale est opérée sans grande difficulté par énucléation, le fœtus peu volumineux a été ranimé et a crié rapidement. C'est un garçon du poids de 2.240 grammes. Placenta pèse Aussitôt après l'extraction du fœtus, extraction sans incidents de l'arrière-faix.

L'utérus bien rétracté saigne peu. on n'a à faire aucun tamponnement provisoire.

Le segment inférieur assez épais, quatre à cinq millimètres environ est suturé par une série de points séparés au

catgut, puis on reconstitue le péritoine vésico-utérin par un surjet.

Fermeture du ventre sans drainage, en trois plans.

Suites opératoires : normales.

Observation XVI

Op. N° 185 (3 juin 1926).

Mme N..., primipare de 24 ans :

Césarienne du segment inférieur chez une primipare ayant perdu les eaux depuis cinq heures et présentant des signes indiquant la souffrance fœtale (modification des bruits du cœur). Cette jeune femme entre à l'hôpital vers dix heures ayant perdu les eaux vers huit heures.

M. Le Lorier la voit vers 11 heures 30, une fois la visite terminée, il est frappé par le mauvais état des bruits du cœur ; il s'agit d'une O. I. D. P. très haute mais peu mobile. Les bruits du cœur sont sourds, rapides et rythmes normaux, mais sous l'oreille ils deviennent de plus en plus mauvais et l'idée d'une compression du cordon s'impose. Le toucher montre un col long, non effacé, légèrement entr'ouvert, le segment inférieur complètement vide. Aucune anse de cordon perceptible à travers le S. I.

M. Le Lorier fait transporter la femme à la salle d'opération et la fait mettre immédiatement en position de Trendelenbourg ce qui produit aussitôt une amélioration nette des bruits du cœur. Après quelques minutes d'attente réclamées

par la femme qui voudrait voir son mari en route pour l'hôpital, M. Le Lorier la décide à se laisser opérer. Il est midi 30.

Laparatomie médiane sous-ombilicale. Incision des plans cutanés et de la paroi, puis incision horizontale du péritoine vésico-utérin allant d'un bord à l'autre de l'utérus. Le décollement du péritoine est facile. On découvre ainsi le segment inférieur très développé malgré le défaut d'adaptation de la tête. On pratique une boutonnière. Hémorragie assez abondante. Deux anses posées sur les lèvres de l'incision que l'on prolonge ensuite rapidement par en bas.

L'extraction de la tête fœtale à la main est facile. L'enfant crie aussitôt. C'est un garçon du poids de trois kilos. Le cordon apparaît en même temps que la tête, une anse importante se trouve au-dessous de cette dernière. Extraction du placenta inséré sur le corps utérin et des membranes sans difficulté. Malgré la perte de sang assez abondante, M. Le Lorier ne fait pas de tamponnement du segment inférieur.

Suture du segment inférieur par une série de points séparés au catgut n° 2. Reconstitution du péritoine vésico-utérin (très friable) au catgut n° 2 par un surjet. Reconstitution des plans musculo-aponévrotiques par un surjet péritonéal au catgut et des points séparés au catgut n° 2.

Agrafes Michel et crins sur la peau.

Suites opératoires : normales.

Observation XVII

Op. N° 186 (6 juin 1926).

Mme L... Marie :

Césarienne du segment inférieur chez une secondipare ayant perdu les eaux depuis quarante-huit heures. Préséptant des signes très manifestes de souffrance fœtale et sans aucun signe de travail.

Iodage du vagin. Ergotine, deux centimètres cube. Laparatomie médiane sous-ombilicale. Incision de la paroi et des plans cutanés, puis du péritoine vésico-utérin.

Décollement assez pénible. Péritoine très friable. On découvre le segment inférieur qui apparaît très mal développé, on pratique une boutonnière dans l'utérus que l'on élargit ensuite au ciseau. Le dégagement de la tête est pénible, et on est forcé de recourir à une branche de forceps, l'enfant apparaît alors très cyanosé, le placenta est extrait aussitôt après facilement. On ranime l'enfant qui est une fille du poids de 2.900 grammes. La femme ne saigne presque pas, le placenta est complet sauf la caducque qui est restée intra-utérine. Suture du segment inférieur par une série de points au catgut n° 2. Le lambeau péritonéal supérieur est très friable, une petite déchirure au centre est suturée par un point. Le péritoine vésico-utérin, solide et normal est ramené sur le feuillet supérieur par des points séparés au catgut n° 0. L'un des feuillets au-dessus de l'autre pour fermer les orifices fait par l'aiguille. Reconstitution des plans musculo-

aponévrotiques par des points séparés au catgut n° 3. Agrafes Michel et crin sur la peau avec drainage au Mikoulicz.

L'opération terminée, on comprime l'utérus, qui paraît bon et il ne s'écoule du vagin aucun caillot. Pansements à plat, 16 heures $\frac{1}{2}$.

A 16 heures $\frac{3}{4}$, la malade est descendue de la salle d'opération dans une salle d'isolement, on appelle en hâte l'interne du service, car la malade semble mal réveillée. Celui-ci constate que la malade présente une hémorragie grave et fait revenir M. Ecalle parti aussitôt après l'opération.

On fait alors en son absence une compression de l'aorte; 5 cm³ d'huile camphrée; 10 cm³ intra-veineux de sérum isotonique; 20 cm³ de sérum glucosé sous-cutané; 2 cm³ d'ergotine. L'hémorragie semble un peu moins abondante, le Mikulicz est sec, l'hémorragie est uniquement intra-utérine. M. Ecalle arrive et fait encore un demi litre de sérum intra-veineux, mais l'hémorragie reprend et la malade meurt sans pouls. On tente le passage pré-cordial, la respiration artificielle, l'adrénaline intra-cardiaque, la malade meurt sans avoir repris connaissance à 18 heures 30.

Autopsie : absolument rien dans la cavité péritonéale, pas une goutte de sang, pas de thrombose, ni des caillots sous le péritoine, bien appliqué sur la suture. Utérus très volumineux, mou, rempli de sang et de caillots.

Opérateur M. Ecalle.

Observation XVIII

Op. N° 188 (14 juin 1926).

Mme P... Renée, 24 ans, secondipare :

Césarienne segmentaire pour rétrécissement pelvien au début du travail deux heures après la rupture des membranes. A ce moment la tête malgré les contractions utérines intenses et rapprochées n'était pas engagée, bien que solidement fixée. Le pariétal antérieur ne déborde pas. Il s'agit d'une présentation du sommet sans hyperflexie en droite transverse; sillon du cou à huit centimètres de hauteur. La hauteur utérine est à ce moment de trente-cinq centimètres; le fœtus paraît bien développé, les bruits du cœur sont un peu sourds et par moment irréguliers. Non sans peine M. Le Lorier décide la malade à accepter l'opération proposée, car cette femme ayant accouché spontanément la première fois, s'étonne qu'il en puisse autrement cette fois-ci.

Laparatomie médiane sous-ombilicale; l'abdomen est soigneusement protégé avec des compresses; le segment inférieur apparaît bien constitué; rempli par la présentation; incision horizontale au péritoine utérin, décollement facile, qui est poursuivi par en bas le plus loin possible. Suivant la technique habituelle, petite boutonnière pratiquée sur la partie supérieure du segment inférieur, sur les lèvres de laquelle on pose de chaque côté un catgut repère.

L'incision est alors prolongée par en bas au ciseau et la tête extraite sans difficulté par expression, deux circulai-

res autour du cou. L'enfant une fois extrait est étonné, ranimé et crie très rapidement.

Garçon vivant pesant 3.600 grammes. Jusqu'à ce moment, la femme qui a reçu un centimètre cube d'ergotine avant le début de l'anesthésie ne saigne pas. Délivrance sans difficulté. Extraction d'un arrière-faix de 800 grammes. Suture du segment inférieur par une série de points au catgut, un surjet au catgut rapproche les bords de l'incision péritonéale, recouvrant complètement et parfaitement la suture utérine. Fermeture de l'abdomen en trois plans.

Sitôt après l'extraction de l'arrière-faix, l'utérus paraissant un peu mou, malgré l'ergotine, un quart de centimètre cube d'hypophyse Choay a été injecté.

Avant de faire le pansement, au moment de faire comme d'habitude l'expression de l'utérus, M. Le Lorier constate qu'il s'est laissé distendre et remonte jusqu'à l'appendice xyphoïde. Il fait de l'expression et des massages, et fait sortir une grosse masse de caillot d'environ 800 grammes et fait faire immédiatement à nouveau un demi centimètre cube d'hypophyse. A partir de ce moment l'inertie utérine ne s'est pas reproduite.

Suites opératoires : normales.

Observation XIX

Op. N° 193 (2 juillet 1926).

Mme W... Marie, 31 ans :

Césarienne du segment inférieur, faite à douze heures membranes rompues le 1^{er} juillet, à 19 heures.

Cette femme n'a pas de rétrécissement pelvien, mais pendant les dernières semaines de la gestation, le fœtus est resté mobile et on a eu beaucoup de peine à le maintenir longitudinal malgré un bandage de corps eutocique permanent (improvisé). Cette femme de 31 ans, primipare, a une paroi infiltrée de graisse rendant le palper difficile. La paroi musculo-aponévrotique est très mauvaise; c'est dans ces conditions que cette femme entre en travail avec des contractions utérines très faibles dans la journée du 1^{er} juillet.

M. Le Lorier la voit le 2 juillet au matin, trouve un utérus fortement incliné à droite, de 36 centimètres de haut. Le fœtus est en présentation du siège, ce dernier très élevé, n'appuie pas sur le col seulement en voie d'effacement; les bruits du cœur sont bons. Dans ces conditions, M. Le Lorier craint que la dilatation ne tarde beaucoup, qu'elle ne se fasse lentement et imparfaitement et que pendant ce temps, l'œuf ouvert ne s'infecte, ce qui accélérerait une extraction fœtale tardive, se présentant pour le fœtus dans de mauvaises conditions, ou encore une césarienne qui devrait être presque nécessairement suivie d'ablation de l'utérus, préfère profiter des conditions relatives, favorables, actuelles pour opérer immédiatement.

Laparatomie médiane sous-ombilicale, après avoir incisé un panicule adipeux, de 5 à 6 centimètres d'épaisseur et un tissu cellulaire sous-péritonéal double, d'une grande épaisseur de graisse, on arrive sur le segment inférieur. Incision horizontale du péritoine vésico-utérin puis incision du vertical du

segment inférieur. A peine une petite boutonnière est-elle pratiquée dans ce dernier qu'il se produit un écoulement sanguin considérable que l'on aveugle immédiatement avec le doigt. On place deux catguts repères l'un sur la lèvre droite qui tient bien, l'autre sur la lèvre gauche qui déchire la paroi très mince. L'incision est alors rapidement prolongée par en bas sans s'inquiéter de l'hémorragie abondante qui se produit et l'on extrait au moyen de tractions inguinales un garçon qui crie immédiatement. La délivrance faite aussitôt après ne présente aucune difficulté, l'hémorragie s'arrête immédiatement à partir du moment où l'utérus est vide. La femme a un demi centimètre cube d'hypophyse dès le début de l'anesthésie, et on refait un autre demi centimètre cube après l'évacuation de l'utérus. Fermeture du segment par un plan de points séparés au catgut.

Fermeture de la paroi par trois plans.

Suites opératoires : normales.

Observation XX

Op. N° 202 (2 août 1926).

Mme B... Maria :

Césarienne du segment inférieur pour rétrécissement pelvien quarante-huit heures après la rupture des membranes.

Laparatomie médiane sous-ombilicale, très mauvaise paroi, grands droits presque inexistantes. La vessie est saisie et attirée en avant de la symphyse. Incision transversale du

péritoine vésico-utérin et décollement de ce feuillet, incision progressive de la paroi utérine, une pince sur chaque lèvre de l'incision. Extraction assez facile par énucléation de la tête fœtale et du fœtus. Extraction du placenta, l'utérus très gros, un peu atonique remonte jusque sous le foie. Suture de l'incision utérine par points séparés au catgut. Rapprochement des deux lèvres péritonéales par un point en V et surjet au catgut sur le péritoine vésico-utérin. Suture de la paroi en deux plans U 1, une série de points en V profonds, adossant les deux lèvres du péritoine et 2, surjet au catgut.

Un centimètre cube d'ergotine avant le début de l'anesthésie et un centimètre cube pendant l'intervention.

Glace sur le ventre, huile camphrée, morphine.

Opérateur, M. Portes, accoucheur des hôpitaux.

Suites opératoires : normales.

Observation XXI

Op. N° 204 (16 août 1926).

Mme T... Angèle, 39 ans :

Césarienne du segment inférieur pour présentation irréductible de l'épaule, membranes rompues.

Bassin légèrement vicié P. S. P. 10,8. Intervention par hystérotomie basse, laparatomie sous-ombilicale. Le segment inférieur est très étroit, peu amplifié et l'on se rend compte d'emblée qu'il faudra mordre sur le corps pour avoir une incision de dimension suffisante. Le segment inférieur est tra-

versé transversalement par de gros sinus qui saignent abondamment et qui gênent beaucoup l'incision de l'utérus. On tombe d'emblée sur le placenta, qui est inséré partiellement sur le segment inférieur et en avant.

Hémorragie assez importante. L'enfant est extrait assez facilement par un pied, après version. Poids, 3.100 grammes. Délivrance immédiate, 570 grammes.

Suture de l'utérus par points séparés au catgut avec surjet d'enfouissement.

La vessie est rabattue sur la partie inférieure de l'incision, mais il reste environ trois centimètres de la suture non recouverte par la vessie, qui est enfouie soigneusement.

Opérateur, M. Desnoyers.

Suites opératoires : normales.

Observation XXII

Op. N° 203 (16 août 1926).

Mme C... Marcelle, 22 ans, secundipare :

Césarienne du segment inférieur, itérative pour bassin vicié, membranes rompues depuis deux heures.

Laparatomie sous-ombilicale, avec résection de la partie inférieure de la cicatrice ancienne. Pas d'adhérences.

Incision du segment inférieur après décollement du péritoine et de la vessie. Extraction facile de l'enfant pesant 3.200 grammes. Délivrance. Placenta inséré sur la face postérieure du corps, poids 500 grammes. Exploration de la ca-

vitité utérine avec le doigt, qui ne découvre aucun point d'aminicissement au niveau de l'ancienne suture corporéale.

Suture par points séparés au catgut, recouvert par surjet d'enfouissement.

Suture de la vessie rabttue sur l'incision, puis du lambeau péritonéal sur la vessie.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires : normales.

Observation XXIII

Op. N° 209 (8 novembre 1926).

Mme R... Gabrielle, 22 ans :

Opération césarienne conservatrice du segment inférieur pratiquée au début du travail, chez une femme à terme. Membranes intactes ayant un bassin du type aplati et généralement rétréci. P. S. P. à 10,6, sacrum plat.

Laparatomie médiane sous-ombilicale, incision horizontale du péritoine du segment inférieur, petite boutonnière d'un demi centimètre dans le segment inférieur, passage de deux catguts, prolongation de la boutonnière par en bas. On aperçoit l'oreille du fœtus au centre de l'incision. Hémorragie très modérée. Ecoulement d'une quantité notable de liquide amniotique clair. Extraction facile par énucléation de la tête du fœtus, une circulaire autour du cou. On le fait passer par dessus la tête et on termine aisément l'extraction d'un garçon étonné pesant 2.950 grammes.

Aussitôt après l'extraction manuelle de l'arrière-faix sans incidents, toilette du péritoine. Un plan de points séparés au catgut referme le segment inférieur et on recouvre cette ligne de suture en rapprochant par un surjet le péritoine utérin. Fermeture du ventre en trois points.

On termine en exprimant vigoureusement l'utérus pour le vider des caillots qu'il contenait.

Délivrance complète pesant 550 grammes.

Suites opératoires.

ANNÉE 1927

Observation XXIV

Op. N° 216 (9 avril 1927).

Mme H... Yvonne, 22 ans, troispare :

Opération césarienne du segment inférieur pratiquée au début du travail chez une femme à terme, ayant antérieurement deux césariennes du corps utérin. Membranes intactes. Un bassin vicié rachitique. Opération suivie de stérilisation par résection des trompes.

Laparatomie médiane sous-ombilicale sur l'ancienne cicatrice des deux césariennes précédentes, 1923 et 1925 laissant en dehors toute la portion sus-ombilicale de ces cicatrices, puis incision horizontale du péritoine du segment inférieur, et décollement vers le bas. Boutonnière utérine, on passe deux catguts repères. On prolonge ensuite l'incision vers le bas. Hémorragie modérée, écoulement notable de liquide amnio-

tique non modifié. Extraction facile par énucléation de la tête du fœtus. On fait passer une circulaire par dessus la tête, et on termine l'extraction d'une fille vivante, pesant 3.040 grammes. Extraction de l'arrière-faix : poids 500 grammes. Extériorisation de l'utérus avant la suture. Toilette du péritoine. On ferme le segment inférieur dans la profondeur, par des points séparés à la soie, superficiellement par un surjet au catgut.

On termine par réfection du plan péritonéal du segment inférieur en faisant un surjet au catgut, on extériorise ensuite l'utérus pour découvrir les annexes. On procède à la stérilisation. Section aux ciseaux des trompes, entre deux ligatures et enfouissement du mognon juxta-utérin.

Fermeture du ventre en trois plans.

Les vestiges des césariennes antérieures, existaient sous forme d'un voile péritonéal, lâchement adhérent à la paroi, et à l'utérus. La cicatrice du corps paraissait épaisse et solide.

Suites opératoires : normales.

La femme sort du service au dixième jour, sans avoir présenté aucun accident opératoire.

Observation XXV

Op. N° 226 (22 avril 1927).

Mme M... Angèle, 37 ans :

*Césarienne conservatrice supra-symphysaire pour pro-
cidence du cordon, présentation de l'épaule, dilatation : un
franc, membranes rompues, souffrance fœtale.*

Laparatomie médiane sous-ombilicale, incision transversale du péritoine du cul-de-sac inter-vésico-utérin. Décollement inter-vésico-utérin. Incision de la face antérieure du segment inférieur, hémorragie assez abondante. Extraction d'un enfant par énucléation de la tête, sexe masculin. Poids : 3.720 grammes. Animé après vingt minutes de soin. Extraction du placenta, membranes légèrement déchirées, poids : 630 grammes. Puis, suture du segment inférieur en deux plans : un profond à points séparés, l'autre superficiel par un surjet ; tous les deux au catgut. On rabat ensuite la vessie au devant de la ligne d'incision utérine et on la fixe par un surjet au catgut. On enfouit, d'autre part, au catgut une zone prévésicale légèrement ischémisée par la pince en cœur.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Hémorragie a été assez abondante. Ergotine, huile camprée, sérum sous-cutané et rectal.

Malade se présente avec des antécédents chargés :

1° *Syphilis* :

Quatre fausses-couches de six semaines environ. Un enfant vivant, à terme, mais mort à Boucicaut deux jours après de convulsions. Un enfant vivant, à terme, 3.500 grammes, bien portant et traité pour s.

Femme traitée pour syphilis et présente pendant la dernière grossesse quantité d'hydramniop.

2° *Signes de rachitisme* :

Mains, crâne, sternum.

Bassin aplati et rétréci, sacrum plat.

P. S. P. à 10 cm³.

T. A. : 10 $\frac{1}{2}$ — 5.

Al. : 0.

Avant l'opération, la femme présente avec une présentation de l'épaule : énorme excès du liquide.

Au toucher, dès qu'on introduit le doigt, la malade a une contraction et malgré des recommandations fait éclater sa poche des eaux. Col long de quatre centimètres environ, perméable. On sent le cordon animé de battements. On fait monter la femme à la salle de travail et on prévient immédiatement M. Postes, qui trouve le même état.

Après l'opération, la femme saigne assez abondamment mais avec deux injections d'ergotine tout rentre dans l'ordre.

Les suites opératoires sont excellentes et la femme sort du service le seizième jour, avec état parfait.

RÉSULTATS DE VINGT-CINQ OBSERVATIONS DE CÉSARIENNE BASSE CONSERVATRICE

16 cas de viciation pelvienne ;

1 cas pour placenta praevia avec léger rétrécissement pelvien ;

3 cas pour procidence du cordon, avec membranes rompues au début du travail ;

1 kyste de l'ovaire praevia ;

5 fois la femme avait subi antérieurement une hystérotomie haute ;

Dans 2 cas, il y avait auparavant deux hystérotomies hautes, les membranes étaient rompues ;

Dans 4 cas depuis 2 h., 2 h., 7 h., 24 h., ce dernier a eu un post-partum avec 38 maximum ; mais il y avait une pyélonéphrite nette ; les autres cas n'ont pas dépassé 38,2.

14 cas avec membranes intactes ont eu 7 fois un post-partum légèrement fébrile (max. 38,2).

Comme incident opératoire, il y a eu :

Une mort, quatre heures après l'opération, hémorragie par inertie utérine ;

Une hémorragie sérieuse, mais qu'on a pu maîtriser ;

Une hémorragie assez forte, sans suites fâcheuses ;

Quatre fois post-partum a été apyrétique ;

11 fois fébrile, dont une fois lymphangite du sein,

température 39 et une fois pour pyonéphrite certaine et le reste la température n'a pas atteint 39.

Un hématome sous-péritonéal, probablement dans toute la zone décollée vésico-utérine; cet hématome s'est résorbé sans suppurer.

Ces vingt-cinq observations ont donné une mort maternelle, soit 4 % de mortalité.

Un enfant mort-né, ayant succombé pendant les préparatifs opératoires.

Toutes les autres ont quitté l'hôpital en bon état.

Conclusion. — Pour nous résumer, ces résultats globaux sont dans l'ensemble très satisfaisants, mais ils ne permettraient guère de se faire une idée exacte de la valeur de la technique d'hystérotomie que nous nous proposons d'étudier.

Les suites opératoires sont évidemment sur la dépendance étroite de l'état de l'œuf au moment de l'intervention. Il ne saurait être question de comparer les résultats d'une césarienne pratiquée au début du travail, les membranes étant restées intactes, avec les résultats d'une opération tardive faite à une dilatation avancée avec des membranes rompues depuis longtemps.

Il est indispensable d'établir une classification. Celle-ci pour être logique devrait être basée sur des examens bactériologiques du contenu de l'œuf et des voies génitales. Encore ces examens ne renseigneraient-ils que sur la présence de

germes définis sans nous donner la notion qui paraît capitale de leur virulence.

En l'absence de tels examens pour le moins complexes, examens dont la précision serait d'ailleurs peut-être plus apparente que réelle, puisque l'appréciation de la virulence des germes est encore à l'heure actuelle pour le moins délicate, nous ne pouvons baser notre classification que sur des données cliniques.

Cependant, si au lieu de se borner à considérer le résultat général, global, des deux variétés de césarienne, on entre dans le détail des opérations, on s'aperçoit que sauf certaines conditions qui peuvent par exception faire opter pour la césarienne haute dans un cas donné, la césarienne basse est préférable dans la majorité des cas, car elle est mieux supportée par les femmes et permet la conservation de l'utérus dans des conditions où celle-ci apparaîtrait comme très risquée avec la césarienne haute.

Comme nous l'avons fait remarquer en étudiant les avantages de ce procédé opératoire, la césarienne basse nous a donné le succès et préservé de complications péritonéales dans des cas où nous ne pouvions guère l'espérer de la césarienne haute conservatrice. Sa supériorité s'est marquée aussi d'une façon constante et évidente *par le bon état général, l'absence de choc et de réaction péritonéale, l'aspect rassurant de toutes les opérées.*

Pour nous, il n'y a aucun doute à ce que l'excellence de ces résultats due au siège et à la technique de l'opération

césarienne basse qui se passe en dehors de la grande cavité péritonéale, nous garantie mieux que l'hystérectomie haute, contre l'infection péritonéale au cours de l'opération et contre la propagation au péritoine d'une infection d'origine utérine après l'opération.

M. Le Lorier, malgré l'introduction des césariennes basses dans son service, continue à faire quelques pelvitomies, opération qui, dans son esprit ne se met pas en parallèle, au point de vue des indications, avec la césarienne basse. Mais, selon lui, elle mérite d'être conservée dans tous les cas où l'agrandissement du bassin modérément vicié paraît susceptible de permettre ultérieurement l'engagement spontané de la tête. Cet agrandissement restant permanent quoique modéré chez les femmes pelvitomisées.

Enfermée dans ces limites, la pelvitomie ne s'applique évidemment qu'à un nombre de cas très restreints.

INDICATION DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE BASSE

Une excellente indication, c'est le bassin rétréci. Puis viennent par ordre décroissant les tumeurs praevia, la rigidité du col, les obstacles vaginaux, l'insertion viceuse de placenta.

C'est dans les viciations pelviennes que résideront le plus souvent les indications et dès maintenant il faut les diviser : soit que la dystocie est prévue, soit que la dystocie n'est pas prévue ; d'autre part, on pourrait les grouper en cas purs et en cas impurs.

LA DYSTOCIE EST PRÉVUE

A) Il y a une disproportion grossière entre les dimensions de la tête fœtale et celles du bassin.

Dans ce cas, il y a lieu de faire la césarienne basse, dès le début du travail. Puisque c'est un cas pur, la césarienne classique donne de si beaux résultats, nous dira-t-on, pourquoi ne pas la faire ?

On a tout de même avantage à pratiquer la césarienne basse. Tout d'abord les complications sont moins fréquentes. En outre, dans la césarienne haute même quand tout va bien,

il se produit souvent des adhérences avec l'intestin, l'épiploon, la paroi abdominale, et quand la femme redevient enceinte, on peut être gêné.

De plus, on rencontre, de temps en temps des ruptures utérines chez ces opérées qui redeviennent enceintes, en effet, sur cent femmes ayant subi cette intervention, on observe quatre ruptures utérines à l'occasion d'une nouvelle grossesse, tandis que dans la césarienne basse cet accident n'existerait pas ou serait excessivement rare.

B) L'accouchement spontané ne paraît pas possible.

Il convient ici à l'approche du terme de placer les femmes dans les conditions les plus favorables, c'est-à-dire dans un cadre modernisé où elle puisse bénéficier des soins éclairés et où un prompt remède pourra être opposé à une complication possible, on arrive ainsi à faire un certain nombre d'opérations césariennes inutiles.

Pendant toute la durée du travail, on note soigneusement le degré de température, l'état du poulx et les particularités des douleurs. Si la température tend à s'élever, le poulx à devenir fréquent, on se trouve devant une situation à laquelle il faut mettre un terme.

Le problème ainsi se trouve posé sur une nouvelle base.

« Actuellement, la césarienne basse, pratiquée après des heures d'attente du travail qui démontre l'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles, reste l'ultima ratio » (Bar).

On devra laisser à la femme les chances qu'elle peut

avoir d'un accouchement naturel, puisqu'on pourra intervenir heureusement avant que des incidents fâcheux aient pu compromettre la vie de la mère et de l'enfant.

Il faut laisser à la nature, cette sage-femme invisible comme l'appelle Sermont, accomplir son œuvre et l'aider à l'occasion par les moyens les plus appropriés.

En un mot, il faut pratiquer l'opération basse à condition que la tête soit toujours mobile, dès que la prolongation de l'expectative fait courir un danger appréciable à la mère ou à l'enfant.

LA DYSTOCIE N'A PAS ÉTÉ PRÉVUE

C'est surtout dans ce dernier cas que se posent les problèmes les plus angoissants, car le plus souvent le travail a débuté lorsqu'on s'aperçoit de la dystocie pelvienne.

Des examens consciencieux sans doute, mais peut-être trop répétés, pratiqués quelquefois avec une asepsie douteuse ; des manœuvres d'extraction ont pu être tenté.

Que faut-il faire ?

Incontestablement, nous sommes arrivés au point le plus épineux du débat, car c'est un problème dans la solution duquel intervient une inconnue difficile à trouver. En effet, que s'est-il passé exactement avant le moment, où on se trouve en présence d'une femme dont le travail a évolué sans résultats et chez laquelle on diagnostique une dystocie pelvienne ?

Quelle garantie d'asepsie apporte l'entourage, d'autant plus que dans les bassins rétrécis, la rupture de la poche des eaux se fait assez souvent d'une façon précoce et par conséquent la suppression de la barrière constituée par les membranes augmente encore les risques d'infection.

Dans ces situations encore davantage, on ne peut pas formuler une règle de conduite générale. La solution du problème résultera de la combinaison de nombreux facteurs particuliers.

Dans tous les cas, il ne saurait être question de mettre la césarienne basse en balance avec la césarienne classique tardive.

C'est dans les cas impurs que la césarienne basse peut rendre les plus grands services. Il suffit pour justifier notre opinion de jeter un coup d'œil, non sur quelques statistiques heureuses isolées, mais sur un grand nombre de communications concernant la césarienne basse tardive.

La césarienne haute donne environ 10 % de mortalité, quand on ne prend que les cas impurs.

La césarienne basse donne 2 — 3 % de mortalité quand on ne choisit que les mêmes cas. Il y a donc une grande différence en faveur de la césarienne basse. Du reste, les opinions des auteurs étrangers sont extrêmement nettes; celles de Hirtz, de Krœnig, de Phaneuf; Schickelé, en France, est du même avis.

Pour être complet, il nous resterait à passer en revue toutes les indications de la césarienne basse; d'en examiner

et d'en discuter les résultats en fonctions des indications. Nous ne le ferons pas, nous nous arrêterons seulement aux indications spéciales : le placenta praevia.

INDICATIONS PARTICULIÈRES POUR LA SECTION CÉSARIENNE BASSE

Les bons résultats obtenus dans la dernière décade avec la chirurgie obstétricale, permettent d'élargir les indications opératoires dans les accouchements dystociques, surtout en faveur de l'enfant.

Après les bassins rétrécis, après les tumeurs de l'utérus et de ses annexes, certains cas de placenta ont bénéficié du traitement chirurgical.

LE PLACENTA PRAEVIA

Pendant très longtemps, et encore actuellement pour un certain nombre d'accoucheurs, le traitement du placenta praevia devrait être exclusivement obstétrical, c'est-à-dire traité par la rupture des membranes, l'introduction du ballon de Champetier, l'accouchement rapide, la version de Braxton Hicks, etc., mais dans ces dernières années on a dit que certains cas de placenta praevia devraient être traités chirurgicalement. En effet, on avait remarqué qu'un certain nombre de malades qui avaient été accouchées par l'un des procédés obstétricaux et qui semblaient devoir guérir, continuaient à saigner malgré le tamponnement utéro-vaginal très serré ; le suin-

tement sanguin continuait et la femme mourait deux ou trois heures après la délivrance. A l'autopsie, on trouvait une fissure du segment inférieur au niveau de laquelle s'ouvrait de très gros vaisseaux. Cette fissure avait été provoquée par le passage plus ou moins rapide du fœtus.

Quelques accoucheurs ont alors soutenu l'opinion suivante :

« Dans le placenta praevia, sous aucun prétexte il ne faut faire passer l'enfant par en bas ; il faut le faire passer par en haut pour éviter la distension du segment inférieur ».

Il est évident que du moment où l'on pensait au traitement chirurgical, on devrait recourir à la césarienne haute ou basse.

Les avis sont très partagés.

Brouha pense qu'il est irrationnel de pratiquer l'hystérotomie basse dans ces cas, « car cette incision augmente l'hémorragie opératoire et aussi, semble-t-il, les difficultés de la suture qui doit porter sur le tissu du col que l'insertion placentaire a plus ou moins altéré.

Gaifami considère également le placenta praevia comme une contre-indication.

Par contre, L. Aubert pense qu'« on pourrait, il est vrai, craindre que dans le placenta prævia une intervention portant sur le segment inférieur de l'utérus pourrait comporter plus de danger par le fait du voisinage immédiat du placenta, or nous pensons que ce risque n'est guère plus grand que dans la césarienne classique avec insertion normale du

placenta et si par malchance, ce qui ne nous est pas encore arrivé, on tombe dans une césarienne basse avec l'incision utérine, sur la zone placentaire, il faudra, pensons-nous, agir comme on le fait dans la césarienne classique, par évacuation et suture rapide de l'utérus, ce qui constitue le meilleur moyen d'hémostase dans n'importe quel procédé de césarienne. »

Krönig, Essen Moeller, Bar et Lequeux, Brindeau, Van Rooy, Gheorghiu, etc. ont pratiqué la césarienne avec succès pour la mère et pour l'enfant.

Munro Kerr a pu recueillir 139 cas de césariennes pratiquées dans le Royaume-Uni pour placenta prævia.

Dessambuy, dans sa thèse sur ce sujet, a recueilli une statistique où la césarienne donnerait une mortalité maternelle de 11 % et une mortalité fœtale qui atteint également 11 %.

Que valent ces résultats par comparaison avec les procédés obstétricaux ?

Si l'on prend les cas graves de placenta prævia traités par les procédés obstétricaux (ballon, version) on voit que la mortalité maternelle oscille aux environs de 9 ou 10 %; mortalité sensiblement égale; mais pour les enfants, la différence est considérable.

Dans les bonnes statistiques, la mortalité est de 50 à 60 %, tandis que dans le placenta prævia traité par la césarienne, la mortalité fœtale n'est que de 11 %.

Conclusions

- 1° — La césarienne basse protège mieux contre la péritonite septique.
- 2° — Le choc post-opératoire est moindre qu'avec l'hystérotomie haute, les anses intestinales n'étant aucunement touchées durant l'opération.
- 3° — Les opérées ont un bon état général et un aspect rassurant.
- 4° — Le post-partum ressemble plus à celui d'un accouchement par les voies naturelles.
- 5° — La cicatrisation est plus parfaite, puisque l'incision se pratique par le segment inférieur, partie non contractile de l'utérus.
- 6° — Le danger de rupture de la cicatrice dans les grossesses et les accouchements ultérieurs est réduit au minimum.
- 7° — Une épreuve efficace de travail peut être admise avec sécurité.
- 8° — La césarienne basse semble, dans la majorité des cas, préférable à l'hystérotomie haute et elle présente pour la chirurgie obstétricale un réel et important progrès.

Vu le Doyen,
ROGER.

Vu le Président,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. CHARLÉTY.

Bibliographie

- AUBERT. — L'opération césarienne transpéritonéale sur le segment inférieur. *Revue Française de Gynécologie et Obstétrique*, mars 1921. *Congrès des Gynécologues de langue française*, 1921.
- APPLEGATA. — Les indications de la césarienne basse sur l'analyse de quatre-vingt quinze cas. *American Journal of Obstetrics*, août 1919.
- BALARD. — Sur trois cas de césarienne suprasymphysaire. *Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie*, Bordeaux, novembre 1923.
- BAR. — *L'Obstétrique*, 1899.
- *Leçons de pathologie obstétricale*, 1900.
 - La place de la section césarienne dans les interventions obstétricales. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1919, page 571.
 - *Congrès de Gynécologues et Obstétriciens de langue française*, 1925.
- BARTHOLOMEW. — La prophylaxie de la péritonite dans un cas d'infection consécutive à une opération césarienne extra-péritonéale. *Med. Records.*, volume XCVII, n° 26, juin 1920, page 193.

- BECK. — Une modification de la césarienne basse de Krœnig, opération applicable après épreuve du travail. *Surg. Gyn. and Obst.*, Chicago, tome XXXIII, n° 3, septembre 1921, page 290.
- Sur une section césarienne basse. *American Journal of obst. gyn.*, Tome I, n° 6, mars 1921 et n° 8, 1921.
- Observations sur une série d'opérations césariennes pratiquées dans les six dernières années à Long-Island College Hospital. *American Journal of obst. and disease of women and children*, février 1919.
- *Congrès des Gynécologues et obstétriciens de langue française* 1921.
- BEUTTNER. — Technique de l'opération césarienne transpéritonéale basse. *Rev. franç. de gyn. et obst.*, 10 janvier 1923, p. 3. Opération césarienne transpéritonéale basse pour bassin plat et scoliose. *Rev. Med. de la Suisse normande*, tome XLII, n° 3.
- BIRNIE JOHN. — Quelques statistiques de césariennes. *Boston med. and surg. Journal*, tome CLXXXVI, n° 4, janvier 1922, page 104.
- BOVIS. — L'opération césarienne extra-péritonéale. *Semaine Médicale*, 1910, n° 4.
- BOQUEL. — Sur l'opération césarienne d'urgence. *Annales de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1904.

- BRIGHT BANNISTER. — Cesarean section in infected cases of obstructed labour. *Journal of obst. and gyn. of the British Empire*, n^{os} 3 et 4, vol. 28, 1921.
- BRINDEAU. — Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française, 1925 et *Gyn. et Obst.*, 1921, page 522.
- Quelques réflexions à propos de la césarienne suspubienne. *Bull. Soc. d'obst. et gyn.*, n^o 2, 1922, p. 69.
- Leçons d'ouverture (*Presse Médicale*, 10 mars 1926).
- CALCATERRA. — Contribution à l'étude de la césarienne trans-péritonéale basse *In rivista di ost. gin. pratica*, Palermo, septembre 1921.
- CAMERON. — Opération césarienne. *British med. Journal*, 10 juin 1922.
- CHATILLON. — A propos de la résistance des cicatrices sur segment inférieur. *Rev. franç. de Gyn. et Obst.*, oct. 1924.
- COUVELAIRE. — Rapport sur la technique de l'opération césarienne conservatrice dans les viciations pelviennes. *Société obstétricale de Paris*, 19 octobre 1909.
- A propos de la césarienne avec extériorisation temporaire de l'utérus. *Soc. d'obst. et de gyn.*, février 1925.

- Statistiques des césariennes basses faites à la Clinique Baudelocque. *Soc. d'Obst. et de Gyn.*, nov. 1925.
- DAVIS. — Extra-peritoneal section in presumably infected and mismanaged cases of prolonged labour. *The American Journal of Obst. et Gyn.*, vol. VII, avril 1924.
- DELRIEU. — Césarienne extra-péritonéale. *Thèse de Lyon*, 1911.
- DÖDERLEIN. — *Communication à la Société Obstétricale de France*, 9 octobre 1909.
- DOLERIS. — La césarienne extra-péritonéale. *Soc. Obst. de France in Ann. de Gyn. et Obst.*, 1909.
- DUJOL. — Deux observations d'opération transpéritonéale basse. *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynéc.*, 1924, n° 6.
- EISENREICH. — Sur la césarienne extra-péritonéale. *In München méd. wochen*, 25 février 1921, page 225.
- ENGELHARD. — Contribution à l'étude de la césarienne tardive. *Thèse de Paris*, 1926.
- FRAIPONT. — De l'opération césarienne cervicale supra-symphysaire. *L'obstétrique*, 1911.
- FRANK. — Demonstration von Füllen suprasymphysaire Kaisers-Chmitter (*Feutralb. f. gyn.*, 1911, n° 6).
- FOSTER. — Technique de la césarienne. *Surg. Gyn. and Obst.* 1924.

- GAIFAMI. — A propos de cinquante cas d'opérations césariennes transpéritonéales sur le segment inférieur. *Revue Française de Gyn. et d'Obst.*, janvier 1923.
- GARRIPUY. — Deux cas d'opération césarienne tardive : l'une par la méthode classique, l'autre par la méthode supra-symphysaire transpéritonéale. *Soc. d'Obst. et de Toulouse*, mai 1922.
- GROSSE. — Sur l'opération césarienne transpéritonéale supra-symphysaire. *Revue Française de Gyn. et d'Obst.* mai 1927.
- HAUCH. — La césarienne transpéritonéale basse. *Revue Fr. de Gyn. et d'Obst.*, n° 6, mars 1923.
- HENRICINS. — L'opération césarienne conservatrice cervicale transpéritonéale. *Arch. Mens. d'Obst. et de Gyn.*, 1912.
- HOLMES ET BURDICK. — L'épreuve du travail en rapport avec la section césarienne. *American Journal of Obst. and Gyn.*, 1922.
- HIRST et VAN DOLSEN. — Low cervical Caesarean section. *Journal Am. Med. Ass.*, 1924.
- JEANNIN. — L'opération césarienne suprasymphysaire. *L'obstétrique*, 1909.
- JORG. — *Versuche und Breitüge geburtschilflichen Fuhaltr.*, Lipsa, 1866.
- KRCENIG. — Transperitonealer cervicaler Kaiserschnitt (*in Doederlein, op. gyn.*, 1912, p. 879).

- LEPAGE. — La césarienne tardive. *Bull. med.*, 1907.
- LEE DE. — Les nouvelles techniques de l'opération césarienne
(*Amer. med. Ass.*, 1919, tome XXIII).
- LEE DE et CORNELL. — Low cervical caesarean section results
in one hundred and forty five cases (*Amer. Journ.
Med. Ass.*, 1922, XXIX).
- LE LORIER. — L'opération conservatrice après rupture des
membranes. *L'Obstétrique*, 1911.
- Les résultats de dix-sept observations de césa-
rienne basse conservatrice.
- *Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, juin 1926.
- MAC GLINN. — La césarienne extra-péritonéale. *Journal Mae-
rican Med. Ass.*, 5 juillet 1920.
- MARASSI. — La césarienne transpéritonéale suprasymphy-
saire. *Thèse de Paris*, 1926.
- NOUVIAU. — La césarienne suprasymphysaire. *Thèse de
Paris*, 1922.
- ODAGESCO. — Les résultats de l'expectative dans les bassins
limités et l'épreuve du travail. *Rev. française de
Gyn. et d'Obst.*, septembre 1926.
- PERADON. — Contribution à l'étude de l'opération césarienne
moderne. *Thèse de Paris*, 1913.
- PESTALOZZA. — L'accouchement dans les bassins rétrécis.
L'Obstétrique, 1909.
- PHANEUF. — La césarienne suprasymphysaire. *Bruxelles mé-
dical*, mai 1924, n° 49.

- POLACK. — Césarienne et épreuve du travail. *Journal Am. Med. Ass.*, tome XXXIV.
- PORTES. — Césarienne suivie d'extériorisation de l'utérus. *Gyn. et Obst.*, octobre 1924.
- PORTES ET RISACHER. — A propos de la césarienne transpéritonéale basse (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 10 mai 1925).
- REEB. — Contribution à l'étude de la césarienne basse. *Rev. franç. d'Obst. et de Gyn.*, août 1923.
- RISACHER. — Césarienne avec extériorisation temporaire et hystérectomie secondaire. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, novembre 1925.
- RIVIÈRE MAURICE. — Césarienne conservatrice après quatre jours de travail. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Bordeaux*, séance 1^{er} mai 1923.
- SCHANTA. — Discussion über den extrapéritonéalen Kaiserschnitt Wien Gyn. gesell. (*Centralbl. für gyn.*, 1909).
- SCHICKELE. — Les interventions chirurgicales au cours de l'accouchement. *Gyn. et Obst.*, T. I, janvier 1920.
- Pelvitomie contre la césarienne basse. *Congrès de Gyn. et Obst.*, Paris 1925. *Gyn. et Obst.*, n° 4, T. XII, p. 318.
- SELLHEIM. — Der extra-peritoneale Uterschnitt (*Central für gyn.*, 1908, n° 5).

- VALLOIS. — Cinquante-et-une opérations conservatrices pratiquées à la Clinique de Montpellier, 1907-1921. *Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1921.
- VERMELIN. — Accouchement spontané après césarienne supra-symphysaire. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1921, avril.
- WEYMEERSCH. — L'opération césarienne conservatrice après rupture de la poche des eaux. *Rev. Française de Gyn. et d'Obst.*, T. XV, n° 3, mars 1920.
- WETTERWALD. — La question des ruptures utérines après les césariennes cervicales transpéritonéales (*Central. für Mens.*, 1926).
- Avenir obstétrical après césarienne basse. *Rev. française d'Obst. et Gyn.*, février 1926.
- WELTON. — Résultat de la césarienne supra-symphysaire (*American Journ. of Obst. and Gyn.*, 1921, janv.)
- ZWEIFEL. — Uber extra-peritoneale Kaiserschnitte (*Central für Gyn.*, 1908, n° 9).
- ZARATE. — Césarienne tardive (*Arch. Mens. d'Obst. et de Gyn.*, août 1914).
-



SAUMUR. — IMPRIMERIE M. CHEVALIER



